



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

**RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE
SOLCA TUNGURAHUA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Psicología**

Línea de Investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autor:

Paula Alejandra Rivera Cáceres

Director:

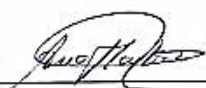
Mg. Ana del Rocío Martínez Yacelga

Ambato - Ecuador

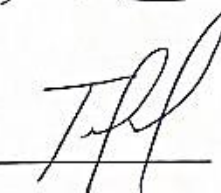
Enero 2024

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**SEDE AMBATO****APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO****Tema:****RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE
SOLCA TUNGURAHUA****Línea de Investigación:****SALUD Y GRUPOS VULNERABLES****Autor:****Paula Alejandra Rivera Cáceres**

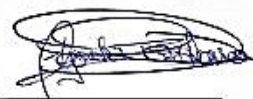
Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra. Mg.

CALIFICADORf. 

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Psc. Cl. Mg.

CALIFICADORf. 

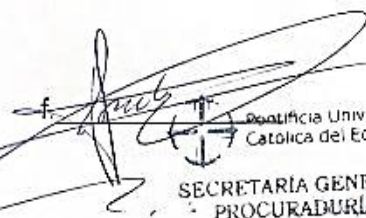
María Alejandra Peñaherrera Ron, Psc. Cl. Mg.

CALIFICADORf. 

Lucía Almeida Márquez, Dra. Mg.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍAf. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCE AMBATO**Ambato – Ecuador**f. 
Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
**SECRETARIA GENERAL
PROCURADURÍA****Enero 2024**

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **PAULA ALEJANDRA RIVERA CÁCERES**, con cédula de ciudadanía **1805413646**. autor del trabajo de graduación titulado: **“RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE SOLCA TUNGURAHUA”**, previa a la obtención del título profesional de **Licenciada en Psicología** en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica del Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, enero 2024



Paula Alejandra Rivera Cáceres

C.C. 1805413646

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi familia: mis padres, abuelos, tíos y hermanos porque de alguna u otra forma todos pusieron su granito de arena para que cumpla este sueño.

A mis abuelos, por ser la luz que me guía cada día, por darme la motivación necesaria para seguir adelante y porque con su gran ejemplo de esfuerzo me impulsan a ser constante en todo lo que me propongo.

A mis padres, por estar presentes en todo momento y por brindarme todos los valores necesarios para convertirme en la mujer que soy ahora.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por darme vida y salud para cumplir un sueño más, por permitirme vivir experiencias gratificantes y por darme la oportunidad de conocer a lo largo de mi carrera universitaria personas extraordinarias, que de alguna manera me dejaron aprender de ellas.

Agradezco a mis abuelos, por ser el motor de mi vida, guiarme en cada paso que doy, por apoyarme en cada decisión y, sobre todo, por darme ese amor incondicional que me llena el corazón cada día. Sin duda alguna, siempre serán la mayor bendición que he tenido.

Finalmente, agradezco a mis padres por impulsarme a cumplir con todo lo que me propongo y nunca dejarme sola.

RESUMEN

El objetivo de la investigación es desarrollar un estudio correlacional entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de SOLCA Tungurahua. Es así que, se utiliza un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, un alcance descriptivo y correlacional y corte transversal. El total de participantes es de 70 pacientes oncológicos que reciben atención hospitalaria, quimioterapia ambulatoria y que están en consulta externa, donde el 25,7% son hombres y el 74,3% son mujeres, el promedio de edad es de 46 años. Se usó una ficha sociodemográfica, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Calidad de vida QLQC-30. Respecto a los resultados, el 48,6% de los participantes presenta un nivel de resiliencia moderado con referencia al puntaje global de la escala ($M=146,14$; $Ds=15,06$). A su vez, sobre la calidad de vida se encontró que el 64,3% tiene un nivel bajo en el área de síntomas y, el 52,9% tiene un nivel moderado en el área de funcionamiento, mientras que en el estado global de salud ($M=10,30$; $Ds=2,08$) lo que refleja que los participantes tienen mayor puntuación en el área de funcionamiento. Para finalizar, en el análisis correlacional entre la resiliencia y calidad de vida, se encontraron correlaciones significativas entre las variables estudiadas.

Palabras clave: resiliencia, calidad de vida, pacientes oncológicos, cáncer.

ABSTRACT

The objective of the research is to develop a correlational study between resilience and quality of life in oncology patients at SOLCA Tungurahua. Thus, a quantitative approach with a non-experimental design, a descriptive and correlational scope, and a cross-sectional cut are used. The total number of participants is 70 oncology patients receiving hospital care, outpatient chemotherapy, and attending external consultations, where 25.7% are men and 74.3% are women, with an average age of 46 years. A sociodemographic record, the Wagnild and Young Resilience Scale, and the Quality-of-Life Questionnaire QLQC-30 were used. Regarding the results, 48.6% of the participants show a moderate level of resilience concerning the overall scale score ($M=146.14$; $SD=15.06$). In terms of quality of life, it was found that 64.3% have a low level in the symptoms area, and 52.9% have a moderate level in the functioning area, while in the overall health status ($M=10.30$; $SD=2.08$), participants have a higher score in the functioning area. In conclusion, in the correlational analysis between resilience and quality of life, significant correlations were found between the variables studied.

Keywords: Resilience, quality of life, oncology patients, cancer.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO	ii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	7
1.1 Resiliencia	7
1.2 Calidad de Vida.....	18
1.3 Cáncer.....	28
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	36
2.1. TipoyEnfoquedelInvestigación.....	36
2.2 Técnicas e Instrumentos de la Investigación.....	39
2.3. Población, Muestra y Muestreo	47
2.4. Procedimiento metodológico.....	55
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
3.1. Análisis categórico de los resultados de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	57
3.2. Análisis descriptivo de los resultados de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	58
3.3. Análisis categórico del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30	60
3.4. Análisis descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30.....	62
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS.....	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de la consistencia interna ER	43
Tabla 2. Descripción de las áreas que evalúa el cuestionario QLQ-C30.....	45
Tabla 3. Análisis de la consistencia interna del QLQC-30	46
Tabla 4. Datos Informativos	48
Tabla 5. Datos del Grupo Familiar.....	49
Tabla 6. Situación laboral y económica.....	50
Tabla 7. Datos de Salud.....	51
Tabla 8. Datos sociodemográficos: Diagnóstico y tipos de cáncer	52
Tabla 9. Datos sociodemográficos: Etapa, tiempo de diagnóstico y tratamiento ..	53
Tabla 10. Datos sociodemográficos: Variables asociadas al tratamiento de cáncer	54
Tabla 11. Análisis categórico de las puntuaciones de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.....	57
Tabla 12. Análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Resiliencia.....	59
Tabla 13. Análisis categórico del Área de Síntomas.....	60
Tabla 14. Análisis categórico del Área de Funcionamiento	61
Tabla 15. Análisis descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30	63
Tabla 16. Análisis correlacional de la Escala de Resiliencia y QLQC-30	65
Tabla 17. Tabla cruzada Sexo y Resiliencia.....	66
Tabla 18. Prueba de chi-cuadrado	67
Tabla 19. Tabla cruzada Diagnóstico y Resiliencia.....	67
Tabla 20. Tabla cruzada Diagnóstico y Resiliencia.....	68
Tabla 21. Prueba de chi-cuadrado	68
Tabla 22. Tabla cruzada Etapa y Resiliencia.....	69
Tabla 23. Prueba de chi-cuadrado	70
Tabla 24. Tabla cruzada Sexo y Síntomas	70
Tabla 25. Prueba de chi-cuadrado	71
Tabla 26. Tabla cruzada Diagnóstico y Síntomas	72
Tabla 27. Tabla cruzada Diagnóstico y Síntomas	72

Tabla 28. Prueba de chi-cuadrado	73
Tabla 29. Tabla cruzada Etapa y Síntomas	74
Tabla 30. Prueba de chi-cuadrado	74
Tabla 31. Tabla cruzada Sexo y Funcionamiento	75
Tabla 32. Prueba de chi-cuadrado	75
Tabla 33. Tabla cruzada Diagnóstico y Funcionamiento	76
Tabla 34. Tabla cruzada Diagnóstico y Funcionamiento	76
Tabla 35. Prueba de chi-cuadrado	77
Tabla 36. Tabla cruzada Etapa y Funcionamiento	77
Tabla 37. Prueba de chi-cuadrado	78

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que reciben un diagnóstico de cáncer experimentan diversos cambios a nivel emocional, social, personal, familiar y económico; por esta razón, algunas personas toman este escenario como una nueva forma de afrontar la vida, mientras que a otros les invade el estrés y preocupación por la situación, por lo que su calidad de vida se ve perjudicada. Por ello, la presente investigación se enfoca en estudiar la resiliencia y calidad de vida como variables importantes en relación con el cáncer, desde una perspectiva orientada a la salud y grupos vulnerables. Por su parte, en los siguientes párrafos se plasman investigaciones distinguidas que aportaron significativamente al presente estudio, a nivel internacional y nacional, donde se analiza la metodología de las mismas y sus resultados obtenidos.

Una investigación elaborada en Madrid- España por Martín y Tamayo (2018), tuvo como objetivo conocer cuáles son las características de la resiliencia familiar en un contexto pediátrico oncológico. Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada con la utilización de la base de datos de SCOPUS para obtener los artículos más relevantes acerca de la resiliencia familiar y se obtuvo un total de 13 artículos. Los resultados arrojaron que la mayor parte de los estudios realizados utilizan la Escala de Connor-Davidson Resilience y se concluyó que la gran parte de familias de niños que tienen un diagnóstico de cáncer son resilientes.

Otro estudio realizado en Argentina por Hauché y Pedrón (2022), se centró en realizar la comparación del nivel de resiliencia entre los pacientes que se encuentran en la primera etapa de la enfermedad del cáncer y los que han terminado su tratamiento oncológico, se trabajó con 60 participantes de ambos sexos de entre 24 y 66 años. Para esta investigación se utilizó una encuesta sociodemográfica y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, donde se determina que los sujetos que están en la fase de supervivencia tienen mayor capacidad de resiliencia, resulta claro que, la manera en la que el paciente aborde su diagnóstico y enfermedad con la utilización de los recursos disponibles acompañado de una actitud positiva influirá en fortalecer la resiliencia.

En Buenos Aires-Argentina, Colombe, Hauché y Grago (2021), examinaron a través de una investigación la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer. La muestra estuvo conformada por 60 participantes adolescentes comprendidos en una edad entre 13 y 21 años. Se administró una escala que mide la calidad de vida WHOQOL-BREF y el cuestionario de estrategias de afrontamiento llamada CRI-Y. En esta investigación se determinó que la utilización de estrategias de afrontamiento orientadas a la aproximación al problema, hace una correlación con puntajes altos de calidad de vida, las estrategias de los adolescentes se basan en la búsqueda de apoyo y, por lo tanto, tienen una mejor calidad de vida.

Del mismo modo, a través de una investigación realizada en México por Bravo y Sánchez (2021), se indagó la relación que existe entre la resiliencia y el optimismo con las conductas saludables de los pacientes con diagnóstico de cáncer. Para esto, se trabajó con 196 participantes, tanto del sexo femenino como masculino, los cuales respondieron de manera voluntaria a los diferentes instrumentos empleados como la Escala de Resiliencia, de Optimismo y el Índice de Comportamientos Saludables. Al analizar el tiempo de diagnóstico de los pacientes; se demostró que mientras los sujetos tengan confianza en sí mismos, en el tratamiento, tengan apoyo de los familiares y una actitud positiva, reducirá la probabilidad de caer en conductas de riesgo.

Como se afirma en una investigación realizada en Lima, Perú por Maldonado (2023), la cual tenía el principal objetivo de determinar el nivel de calidad de vida CV en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, que se atendieron en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Se evidencia que se trabajó con 50 pacientes y se les aplicó el cuestionario de salud SF-36. Los resultados demostraron que el 36% tienen un estado de salud entre excelente y bueno, se hizo una comparación del estado de salud desde hace un año atrás hasta entonces y se concluyó que su estado de salud mejoró en un 46%, de igual manera se demostró que el nivel de calidad de vida es alto.

En Ecuador, en la ciudad de Cuenca, Palma (2022) refiere que buscó analizar las variables resiliencia y estilo de vida en mujeres post tratamiento de cáncer de mama en un hospital. Esta investigación se centró en establecer la relación entre la resiliencia y estilo de vida en 200 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se utilizó la escala de Resiliencia de Connor y Davidson y el cuestionario PEPSI que mide el estilo de vida. Entre los resultados se arrojó que mientras más alto es el estilo de vida de las pacientes, mejor es su respuesta de afrontamiento ante la enfermedad. Igualmente, se demostró que el 60% de las mujeres con este tipo de cáncer tienen un alto nivel de resiliencia y el 50% mantienen un estilo de vida bueno. En otro estudio realizado en Cuenca por Rodas (2018), tuvo como objetivo determinar la calidad de vida en pacientes hospitalizados que estaban a la espera de recibir su tratamiento oncológico. Este estudio trabajó con 80 pacientes, el instrumento utilizado fue el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), el cual arrojó puntuaciones bajas en desempeño físico, percepción corporal, aislamiento, actitud ante el tratamiento, mientras que, en funciones cognitivas, redes sociales y la familia se obtuvo puntuaciones altas. A su vez, se encontró que el 47.6% de los participantes señalan tener una muy mala calidad de vida, al analizar que el cáncer más frecuente es el de mama.

Bajo este escenario y en lo referente al problema de investigación se identifica que, el cáncer es una enfermedad que se considera como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, la cual aqueja a gran parte de la población. Dentro de los factores de riesgo de padecer una enfermedad oncológica se encuentran, aspectos: conductuales, ambientales y biológicos, en este último punto se incluyen los factores hereditarios, con una gran prevalencia.

Tener una enfermedad como el cáncer implica adaptarse a una nueva circunstancia, en este caso, Flores (2020) manifiesta que tener menor capacidad de resiliencia tendrá como resultado emociones psicológicas negativas, baja autoestima, menor satisfacción con la vida, malestar físico y mental, como también baja tolerancia a la frustración, que afectarán a la calidad de vida del paciente, los efectos del tratamiento y la falta de apoyo social traen consigo sus propias consecuencias: Deterioro en la vida familiar, social y laboral, costos económicos

excesivos, aislamiento, preocupaciones, percepción corporal errónea, dependencia médica, entre otros, que complicarán el desarrollo del día a día, y por lo tanto, las condiciones de vida se verán afectadas.

El diagnóstico de cáncer en los individuos significa un cambio totalmente radical en la vida de los mismos, las personas con este diagnóstico tienen que adaptarse al problema y a una serie de cambios físicos, psicológicos como emocionales, debido a que, en el transcurso del tratamiento, los pacientes se plantean estrategias para poder afrontar la enfermedad y consecuencias que conlleva, como el estrés o reacciones emocionales que la mayoría de las veces llegarán a ser negativas.

Tanto la resiliencia como la calidad de vida de estas personas se van a relacionar entre sí, la capacidad de afrontar de manera positiva las adversidades y problemas, influirá en la calidad de vida de los pacientes. Por esta razón, se estableció la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos de SOLCA Tungurahua?

Se adiciona, que la presente investigación aspira confirmar la hipótesis de que existe una relación significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de SOLCA Tungurahua.

Objetivo General

Desarrollar un estudio correlacional entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de SOLCA Tungurahua.

Objetivos Específicos

1. Fundamentar teóricamente la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer.
2. Evaluar la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de SOLCA Tungurahua.
3. Elaborar un análisis estadístico correlacional entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de SOLCA Tungurahua.

Para alcanzar estos propósitos, en el estudio se aplicó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, el tipo de investigación según el alcance es descriptivo y correlacional debido a que, se estableció la relación entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de SOLCA Tungurahua. La población de estudio fueron los pacientes oncológicos de SOLCA comprendidos en edades desde los 18 hasta los 60 años. Se usó un muestreo no probabilístico intencional bajo criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos, se aplicaron: Encuesta sociodemográfica para la recolección de datos sociodemográficos; la Escala de Resiliencia de *Wagnild y Young*, establecida en 1998, que consta de 25 ítems y un Cuestionario que mide la Calidad de Vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer QLQ-30, creada por Arrarás JI, Illarramendi JJ y Valerdi JJ, que consta de 30 ítems.

La investigación propuesta contribuirá a tener un impacto social significativo, permitirá conocer la relación entre la resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos. Con un diagnóstico de cáncer la perspectiva de vida de los pacientes cambia por completo y se tienen que ajustar a nuevos escenarios dificultosos. Por esta razón, el propósito de este trabajo de investigación fue aportar con información relevante, adecuada y de calidad a la colectividad con el motivo de promover una mejor empatía y comprensión en diferentes ambientes sociales: Trabajo, familia, instituciones de salud, instituciones educativas, entre otros, a fin de que los pacientes tengan una mejor proyección de vida.

Es por ello, que este estudio permite analizar las variables de una manera adecuada y abordadas de manera científica, se utiliza todas las fuentes teóricas y prácticas disponibles en las herramientas tecnológicas. Además, este proyecto investigativo es viable debido a la gran apertura de los pacientes oncológicos en SOLCA Tungurahua. De la misma forma, se destaca que la evaluación con instrumentos estandarizados y aptos para la población de estudio en específico, garantizaría la autenticidad de los resultados obtenidos, todo esto serviría como un precursor de futuros estudios centrados en valorar las problemáticas que viven día tras días las personas con un diagnóstico de cáncer, para así poder crear propuestas significativas que tengan como objetivo potencializar las estrategias de

afrontamiento y los recursos psicológicos positivos, para que de esta manera afronten su enfermedad desde una perspectiva basada en resiliencia y aprendizaje.

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1 Resiliencia

Conceptualización

El término resiliencia, proviene del latín *resilio*, el cual significa “volver atrás, resaltar, rebotar”, este término fue utilizado en las personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones consideradas de alto riesgo, se desarrollaron sanos y exitosos mentalmente (Foronda y Vélez, 2021). En torno a esto, Foronda y Vélez (2021) manifiestan que, la resiliencia, constituye un proceso de adaptación y, a pesar de que se haya conceptualizado por primera vez como una capacidad, la comprensión de este término ha cambiado con el paso del tiempo identificándola de maneras diferentes.

Por tanto, se infiere que, la resiliencia, se considera como un recurso psicológico que las personas utilizarán, desarrollará y pondrán en práctica antes, durante y después de experimentar una situación problemática, para que, de esta manera, se experimente bienestar psicológico. Por tal motivo, Montoya (2005), refiere que la resiliencia se entiende como una mayor capacidad de los seres humanos para reaccionar y recuperarse de la adversidad y situaciones extremadamente traumáticas, de esta manera afrontarán la vida con creatividad y optimismo.

De esta forma, las personas que son resilientes se favorecen de las situaciones negativas, pues las enfrentan de una forma positiva, esta manera de gestionar situaciones surge gracias a una búsqueda constante de soluciones hacia problemas y adversidades de la vida cotidiana (citado por Hauché y Pedrón 2022). Lo que indica que, la resiliencia es la habilidad de las personas para adaptarse y recuperarse de situaciones estresantes o adversas y, de esta forma, seguir adelante con su vida. De acuerdo con Morán et al. (2019), la resiliencia es el conjunto de habilidades y cualidades personales que hacen crecer a las personas y desarrollarse vigorosamente en la adversidad y tener un funcionamiento óptimo una vez superado el trauma. Por ello, la resiliencia no es algo con lo que se nace,

sino que, se desarrolla a lo largo del tiempo a través de las experiencias de la vida y la forma en que se enfrentan y superan los desafíos.

Por tanto, algunas personas serán más resistentes que otras, no obstante, pero todos trabajarán para desarrollar su capacidad de resiliencia, es necesario señalar que esta capacidad depende mucho de la historia de vida de cada persona, algunas pueden no haber necesitado desarrollar resiliencia, mientras que otras se vieron obligadas a hacerlo.

Características de la Resiliencia

Las principales características de la resiliencia son: la inteligencia, optimismo, alta capacidad de control y regulación de emociones, además del alto nivel de autoestima acompañado de un mayor nivel de autonomía al momento de tomar decisiones (Morán et al. 2019). Las personas que poseen estas características enfrentarán los desafíos de manera más eficaz, porque mantienen una perspectiva positiva y buscan soluciones creativas para los problemas que se les presenten. Además, estas características también les permiten establecer relaciones sólidas y de apoyo con los demás, lo que es importante en momentos de dificultad, debido a que, al ser capaces de conectarse con los demás y comprender sus necesidades y emociones, establecerán vínculos de confianza y recibir el apoyo necesario para superar las situaciones difíciles.

En este sentido se comprende que, la resiliencia tiene algunas características que engloban procesos intrapsíquicos y sociales que permiten a los individuos poseer una vida sana. Al respecto, Rutter (1991) (citado en García y Domínguez de la Osa, 2013), manifiestan que, estos procesos se desarrollan a través del tiempo por la interacción entre los atributos de las personas, el ambiente social y familiar. Por esta razón, es necesario decir que la resiliencia no es un recurso con el que se nace, sino que se adquiere con el tiempo. Para esto, Luthar y Cushing (1999) (citado en García y Domínguez de la Osa, 2013), describen que existen tres características esenciales que están presentes en los conceptos y definiciones de la resiliencia: La noción que se tiene de la adversidad o la amenaza que existe al

desarrollo humano, la adaptación positiva a la misma y el proceso dinámico entre aspectos emocionales, cognitivos y culturales.

Por otra parte, Polk (1997) (citado en Iglesias, 2006), planteó 26 características de la resiliencia que fueron reducidas a seis atributos: Atributos psicosociales, físicos, roles, relacionales, solución de problemas y creencias filosóficas, los atributos psicosociales y físicos fueron combinados, así como también roles y relaciones y, de esta manera se elaboró cuatro patrones para la resiliencia:

- **Patrón disposicional:** Hace referencia a los atributos físicos y psicológicos que están asociados al ego, entre los atributos psicológicos se encuentran lo que es la competencia personal y también el self; mientras que, en los físicos están: atributos constitucionales y genéticos como la inteligencia, temperamento y salud que permitirán el desarrollo de la resiliencia.
- **Patrón relacional:** Son todas aquellas características de las relaciones que van a influir en la resiliencia, incluyen los patrones intrínsecos y extrínsecos que son definidos como el valor de confianza y una amplia red social. Al nivel intrínseco se da importancia a identificar a alguien en quien confiar y a darle importancia a las experiencias.
- **Patrón situacional:** Es la habilidad de valoración cognitiva que es capaz de solucionar los problemas y la capacidad de acción frente a una adversidad, incluye las expectativas y consecuencias de esa decisión.
- **Patrón filosófico:** El patrón filosófico son todas aquellas creencias personales que contemplan en autoconocimiento y la reflexión acerca de uno mismo. El tener una certeza de que los tiempos adversos no son para siempre es encontrar siempre un significado positivo a las circunstancias.

Elementos de la resiliencia

Existen dos elementos planteados por Salazar (2020), que sirven para experimentar el proceso de resiliencia, estos son: la capacidad de comprensión del problema y la capacidad para plantear soluciones o alternativas que permitan enfrentar el problema de manera adecuada. Para esto, es necesario que la persona afectada comprenda de manera adecuada cuáles son sus limitaciones y cuáles podrían ser las consecuencias de no afrontar de manera adecuada la problemática que vive. Por lo tanto, la capacidad para comprender un problema y la capacidad para solucionarlo son dos habilidades interrelacionadas y esenciales para afrontar situaciones difíciles de manera efectiva.

Por su parte, Salgado (2005) (citado por Yáñez, 2019), los elementos que inciden en la capacidad de una persona para generar resiliencia son las siguientes:

- **Independencia:** Tener la capacidad de implantar límites entre los sucesos adversos y la vida personal, tener distancia física y emocional sin llegar a separarse por completo.
- **Ecuanimidad:** Es comprendida como una visión equitativa entre la vida propia y los eventos y experiencias externas, así, se es capaz de aceptar las cosas como son y de cierta manera permanecer quieto ante eventos que no se modificarán.
- **Confianza en sí mismo:** Significa creer en sí mismo y en las habilidades propias, también, se ve como autoconfianza, con el reconocimiento de que también se tiene limitaciones; por lo tanto, lo que se puede y no se puede hacer.
- **Perseverancia:** Se refiere al acto de perseverar a pesar de las dificultades, significa una fuerte voluntad de seguir con la lucha y construcción la vida con la práctica de la autonomía y disciplina.

- **Satisfacción personal:** Comprensión de que la vida tiene un propósito.
- **Sentirse bien solo:** Es el entendimiento de que la forma de vida de todos es diferente, y que en ocasiones el estar solo en momentos difíciles es parte del proceso, el sentirse bien solo da un sentido de libertad.

Las personas resilientes tienen una combinación de rasgos, habilidades y recursos que les permiten enfrentar desafíos de manera efectiva para poder recuperarse de ellas. Por esto, es indispensable que se considere la importancia de tener un buen discernimiento de lo que comprende la enfermedad: sus maneras de afrontamiento, sus consecuencias, entre otros. La verdadera comprensión de una dificultad direcciona a encontrar los recursos más favorables para enfrentarlo para que así, durante el proceso la persona desarrolle estrategias de afrontamiento.

Factores internos y externos de la resiliencia

Un factor protector según Palma (2022), es una característica que ayuda a prevenir los efectos negativos de un factor de riesgo en una persona o población. Cabe indicar que los factores protectores serán tanto internos como: relaciones interpersonales, pensamientos, emociones y motivaciones únicos de cada individuo; como externos o ambientales, asociados a: la cultura, el entorno social, la educación, trabajo, familia, etc. Todos estos factores influirán en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, resiliencia y capacidad de recuperación frente a situaciones adversas. Por su parte, Palma (2022), afirma que, la resiliencia está asociada a factores protectores como: Estado de ánimo positivo y simpatía para relacionarse con los demás. Dichos factores llegarán a ser considerados como una fortaleza para el entorno y para sí mismo, debido a que mitiga las consecuencias negativas que ocasionan los estresores.

En este sentido, los pacientes con alguna enfermedad crónica han tenido altos porcentajes de resiliencia, como consecuencia de esto, aparecen varios elementos psicológicos positivos, como: autoestima, inteligencia emocional, bienestar emocional, satisfacción con la vida, entre otros (Palma, 2022). Esto se sustenta con

la investigación llevada a cabo por Rueda y Cerezo en (2020) con el objetivo de realizar una revisión teórica sobre la influencia de la resiliencia en pacientes con cáncer, enfocándose en la recuperación y la resiliencia como tratamiento psicológico. Los resultados señalan que, las intervenciones psicológicas enfocadas en la resiliencia son un recurso fundamental para afrontar de manera adecuada el cáncer, tanto en pacientes como en familiares.

Otra investigación lleva a cabo en México por Ramírez, González, Ruíz, Oudhof y Barcelata en 2023, buscaba identificar la importancia de la resiliencia en las enfermedades crónicas mediante una revisión sistemática, para esto, se realizó una recopilación de información bibliográfica. Es así que, los resultados de la investigación señalan que, los niveles de resiliencia en personas con enfermedades crónicas determinarán conductas relacionadas al autocuidado. Además, señala que, se tomarán en cuenta los factores externos: cultura, el aspecto social y económico de las personas para poder identificar el nivel de resiliencia que una persona podría tener y la influencia que este tendría en enfermedades crónicas.

En el contexto de las enfermedades crónicas, los factores protectores involucran la adopción de un estilo de vida saludable, como una dieta equilibrada, la realización regular de actividad física, la gestión efectiva del estrés, el acceso a servicios de atención médica de calidad y el conocimiento y la comprensión de la enfermedad y su tratamiento. Según Figueroa y Guevara (2018), los factores protectores serán particularmente importantes para las personas que enfrentan múltiples factores de riesgo, como la exposición a la pobreza, la violencia y otros factores sociales determinantes de la salud. Al identificar y fortalecer los factores protectores, se prevendrá o reducir los efectos negativos de los factores de riesgo en la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

Resiliencia en pacientes con enfermedades oncológicas

En el caso de los pacientes con enfermedades oncológicas, la resiliencia se refiere a la capacidad de estos individuos para hacer frente el diagnóstico, procedimiento y efectos secundarios de la enfermedad. La resiliencia es influenciada por una variedad de factores, como la gravedad de la enfermedad, la edad, el apoyo social, la personalidad, la historia de vida, la salud mental y física previa al diagnóstico, entre otros (Gaibor y Páez, 2018). Los pacientes que son más resilientes serán capaces de enfrentar mejor los desafíos que se les presentan. Al respecto Hauché y Pedrón (2022), afirman que, el deterioro físico y psicológico promueve una baja autoestima, poco compromiso, falta de iniciativa y poco uso de recursos sociales. Es necesario que no solamente se trate el ámbito físico con los pacientes, sino que, se trate el tema psicológico y se le dé un nivel de importancia significativo.

Diversas investigaciones señalan la importancia que tiene la resiliencia en las personas que tienen cáncer. Visto de esta manera, una investigación llevada a cabo en España por Calero, Manrique y Obrero en (2019), tuvo como objetivo analizar los beneficios de la resiliencia en pacientes con cáncer, para esto, se realizó una indagación bibliográfica. Los resultados principales de la investigación afirman que la resiliencia es beneficioso en todo el proceso y genera una ayuda significativa en las áreas que más suelen verse afectadas (ajuste emocional, emociones positivas, evolución y calidad de vida). Por tanto, es fundamental afirmar que la manera en la que el paciente aborde su enfermedad afectará en un futuro su estado de salud.

En relación con este tema, la investigación llevada a cabo en Argentina por Hauché y Pedrón en el 2022, tuvo como objetivo comparar la capacidad de resiliencia entre los adultos que se encontraban en fase de supervivencia; es decir, se encontraban en el tratamiento contra el cáncer y los adultos que estaban en la fase de diagnóstico. En este estudio se trabajó con 60 participantes; para esto, se aplicó un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Es así que, los resultados de la indagación indican que, los pacientes que se encontraban en la fase de supervivencia presentaron mayor resiliencia que los pacientes que se encontraban en fase diagnóstica, por lo que los investigadores

recalcan la importancia de la aplicación de intervenciones orientadas a reforzar los factores psicológicos positivos durante el proceso oncológico.

En Sudamérica, una investigación realizada en Huancayo-Perú, persiguió el objetivo de establecer la correlación entre la depresión y resiliencia en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad, esta investigación llevada a cabo por Cárdenas y Mendoza (2019), estuvo conformada por 24 pacientes con cáncer, para lo cual, se aplicó un cuestionario y dos pruebas psicométricas, el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la escala de resiliencia Wagnild y Young. Los resultados obtenidos de la investigación concluyeron que existe una relación inversa entre la depresión y resiliencia, esto se traduce a que un mayor nivel de resiliencia significa un menor nivel de depresión.

Así mismo, es un estudio desempeñado en España por Ruiz, Zayas, Morales, Gil y Guil en el 2019, tenía como objetivo explorar los niveles de depresión y resiliencia en mujeres supervivientes de cáncer de mama y sin cáncer, y, analizar la capacidad explicativa y predictiva de la resiliencia sobre la depresión en mujeres españolas pertenecientes a la provincia de Cádiz. Para esto, la muestra estuvo conformada por 110 mujeres a las cuales se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria –HADS-57- y la a Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1991). Los resultados señalan que, a pesar de no presentar síntomas de depresión patológicos, las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama presentan niveles ligeramente superiores a las mujeres sin cáncer, además, las mujeres supervivientes de cáncer de mama muestran mayores niveles de resiliencia, por último, el cáncer actúa como factor de riesgo ante la depresión, con capacidad predictiva positiva estadísticamente significativa.

La Inteligencia Emocional se define como la capacidad de una persona para reconocer, comprender y gestionar sus propias emociones, así como las emociones de los demás, a su vez, incluye habilidades como la autoconciencia, autogestión, empatía y habilidades sociales. Hay una relación estrecha entre la inteligencia emocional y resiliencia, ambas habilidades están relacionadas con la capacidad de gestionar las emociones de manera efectiva. Según Estrada (2020), una persona

con alta inteligencia emocional tiene una mayor capacidad para reconocer y comprender sus propias emociones, lo que ayuda a gestionar situaciones estresantes de manera más efectiva y a desarrollar habilidades de resiliencia. Además, la inteligencia emocional también ayuda a las personas a desarrollar habilidades de resiliencia, como la capacidad para buscar apoyo social y para regular sus emociones en momentos de estrés.

La Inteligencia Emocional (IE) es muy importante en las situaciones adversas porque permite que las personas se adapten mejor con la utilización de habilidades de autorregulación (Gómez y Jiménez, 2018). Gómez (2018) manifiesta que, la Inteligencia Emocional está conectada con la resiliencia, porque es un comportamiento de carácter inteligente en contextos donde existe estrés y por lo tanto es adaptativo. Las personas con alta capacidad de resiliencia tienen mucho optimismo y energía ante la vida, lo que les permite tener una alta emocionalidad positiva.

La resiliencia familiar en pacientes oncológicos

La resiliencia familiar se refiere a la capacidad de una familia para resistir y recuperarse de situaciones adversas o estresantes. Según Gavilanes y Villegas (2023), son procesos de reorganización de significados y comportamientos que se dan en una familia comprendida como funcional. Esta es influenciada por múltiples factores: calidad de las relaciones familiares, la presencia de un liderazgo efectivo y una comunicación abierta, la capacidad de la familia para resolver problemas de manera efectiva, y el apoyo social externo. Las familias resilientes suelen ser capaces de mantener un sentido de cohesión y flexibilidad, lo que les permite adaptarse a los cambios y desafíos que enfrentan. Las familias resilientes también tienden a tener una actitud positiva y optimista hacia la vida, y a menudo buscan apoyo y ayuda externa si es que consideran que la necesitan.

Visto de esta forma, al tener un integrante de la familia un diagnóstico de cáncer, se lo interpreta como una circunstancia traumática e inesperada para todos los integrantes, es así que la familia se desestabiliza, lo que significa una demanda

atención integral a todo el grupo (Martín y Hernández, 2018). Así, los integrantes de toda la familia, en especial los del grupo nuclear deben enfrentarse al problema que supone cambios psicológicos, choques emocionales, ira, frustración o negación, además de todo lo que abarca el proceso oncológico.

En este sentido se comprende que, la resiliencia familiar abarca tres enfoques correspondientes a la psicología. Martín y Hernández (2018) manifiestan que, en primer lugar, se encuentra la resiliencia individual, que es centrada en el fortalecimiento de los miembros del núcleo familiar, en segundo lugar, está la orientación sistémica, que consiste en que la conducta de cada integrante influye en los demás sujetos; por último, está el modelo de ajuste y adaptación familiar. Que integra el equilibrio entre las capacidades y recursos familiares. Todo esto viene acompañado con la existencia de un apego adecuado entre los miembros, cohesión del grupo familiar, buena comunicación, tiempo en familia, flexibilidad, entre otros.

Beneficios de la resiliencia

Los beneficios de cultivar esta habilidad son numerosos y abarcan diferentes aspectos de nuestro bienestar emocional y psicológico. Lozano, Rodríguez, Domínguez y Gómez (2018) refieren que, desde el manejo efectivo del estrés y la mejora de la autoconfianza hasta la adaptabilidad ante los cambios y la reducción de la ansiedad, la resiliencia brinda herramientas poderosas para afrontar los desafíos con una actitud positiva y constructiva. Además, promueve una toma de decisiones más acertada, fortalece las relaciones interpersonales y contribuye a nuestro bienestar general, explorar y desarrollar nuestra resiliencia permite encontrar la fuerza interior necesaria para superar obstáculos y crecer a partir de las experiencias adversas.

En una investigación realizada por Calero, Manrique y Obrero en el 2019, se evaluaron los beneficios de la resiliencia en pacientes con cáncer, estos son los siguientes:

- **Ajuste emocional:** La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y es un eje fundamental en la salud mental, a través del testimonio de muchas personas que, al haber experimentado un trauma, han conseguido encajarlo y desenvolverse, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido hubiera desarrollado recursos latentes e insospechados.
- **Emociones positivas:** Las emociones positivas, aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis.
- **Evolución del paciente:** Las discrepancias halladas en el progreso de los pacientes con el mismo diagnóstico corresponden a distintos elementos, entre ellos, la manera en que el sujeto imagina el diagnóstico, los modos de afrontamiento que utiliza para admitirlo y la clarividencia de los recursos sociales, personales y económicos favorables.
- **Calidad de vida:** El estudio de las emociones positivas y la resiliencia, no solo sirve al ser humano, para la superación de lo que hoy le aqueja, sino más importante aún, le ayuda en la prevención de la enfermedad, dándose un cambio radical a lo que generalmente realizamos, como lo es la espera de las manifestaciones del trastorno para empezar a actuar. De esta manera se obtendrá una mejor calidad de vida, una satisfacción personal que ayude a hacer frente a las adversidades y una mejor aceptación y desarrollo de patologías crónicas o terminales.

Los beneficios de la resiliencia tienen un impacto directo en la calidad de vida. Al desarrollar y fortalecer esta capacidad, somos capaces de afrontar los desafíos con mayor confianza y calma, lo que reduce el estrés y la ansiedad en nuestras vidas. Además, la resiliencia permite adaptarnos de manera flexible a los cambios, tomar decisiones más acertadas y establecer relaciones interpersonales saludables. Todo esto contribuye a nuestro bienestar emocional y psicológico, porque mejora nuestra

percepción de nosotros mismos y nuestra satisfacción general con la vida (Vinaccia, Gutiérrez y Escobar, 2021). La resiliencia se convierte en una herramienta poderosa que ayuda a superar obstáculos, encontrar el equilibrio y mantener una actitud optimista frente a las dificultades, lo que en última instancia mejora nuestra calidad de vida en todos los aspectos.

1.2 Calidad de Vida

Conceptualización

La calidad de vida es una concepción muy amplia y complicada que involucra múltiples dimensiones, entre las cuales destacan la orientación individual y la orientación familiar. Como afirma Flores (2020), la evaluación de la calidad de vida es fundamental para comprender el bienestar de las personas y las familias, así como para tomar decisiones políticas y sociales que promuevan su mejoramiento. Es importante tener en cuenta que, aunque cada persona y familia tiene necesidades y expectativas únicas, existen factores comunes que influirán en la calidad de vida, como la salud, la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales, la seguridad, entre otros. Por lo tanto, es necesario abordar la calidad de vida desde una perspectiva integradora y holística, que tome en cuenta la complejidad y la diversidad de las personas y las familias.

La calidad de vida (CV) es un concepto amplio y complejo que involucra múltiples dimensiones, entre las cuales destacan la orientación individual y la orientación familiar. Conforme afirma Flores (2020), la evaluación de la calidad de vida es fundamental para comprender el bienestar de las personas y las familias, y para tomar decisiones políticas y sociales que promuevan su mejoramiento. Es importante tener en cuenta que, aunque cada persona y familia tiene necesidades y expectativas únicas, existen factores comunes que influirán en la calidad de vida, como la salud, la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales, la seguridad, entre otros. Por lo tanto, es necesario abordar la calidad de vida desde una perspectiva integradora y holística, que tome en cuenta la complejidad y la diversidad de las personas y las familias.

La calidad de vida se ha planteado como la valoración subjetiva de la vida, para esto, se toma en cuenta el nivel de satisfacción de las personas en cuanto a su capacidad funcional y se los relaciona con los ideales de vida que estos tienen (Bairero, 2018). Dicho de otro modo, la calidad de vida es la mera percepción que tienen los individuos de su propia existencia en el contexto social en el que viven y en correspondencia con las metas y objetivos planteados (Ortega et al., 2018). Por tanto, es un concepto muy extenso que, se ve influido por el estado físico, psicológico y social, además, existen diversos de factores importantes que influyen en la misma: Características sociodemográficas, nivel de independencia, relaciones interpersonales, medio ambiente, entre otros.

Por consiguiente, la interacción bilateral de circunstancias ambientales y el juicio de valor que cada sujeto le adjudica a sus experiencias emocionales, físicas y sociales establecen las concepciones referentes a la calidad de vida. El Ministerio de Salud Pública (2009), (citado en Mayorga y Peñaherrera, 2019) establece tres indicadores de la calidad de vida, en primer lugar están los indicadores unidimensionales, que como su nombre lo indica tiene el objetivo de satisfacer una sola necesidad: Salud, vivienda, educación; en segundo lugar, están los indicadores multidimensionales, que satisfacen un conjunto variado de necesidades: son indicadores de pobreza, desarrollo humano y necesidad básica; para dar por concluido, los últimos indicadores están relacionados con la distribución de ingresos en todos los habitantes.

Por otro lado, Melchioris et al. (citado en Bautista, 2017) plantea el concepto de calidad de vida como una visión multidimensional que abarca una variedad de factores como: Estilo de vida, situación económica, acceso a servicios públicos, estilo de vida, entre otros, que integran el contexto social e influyen el progreso humano de una determinada comunidad. La calidad de vida involucra la valoración global que un individuo hace de su propia vida, basándose en sus características personales y factores externos. Definir a la calidad de vida es algo complejo porque manifiesta aspectos individuales y sociales.

Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida es un constructo complejo y multifacético que se refiere a la percepción subjetiva de bienestar y satisfacción con la vida. En psicología, se han identificado varias dimensiones que contribuyen a la calidad de vida de las personas. Algunas de las dimensiones mencionadas por Arita (2005) son:

- **Salud física:** Es una dimensión importante de la calidad de vida y se concibe como la capacidad de una persona para mantener un estado de bienestar físico y funcional. Esto incluye aspectos como la nutrición, el ejercicio, la prevención de enfermedades y la capacidad para realizar las actividades diarias.
- **Salud mental:** Se refiere a la facultad de una persona para mantener un estado de bienestar emocional y psicológico. Esto incluye aspectos como la capacidad para manejar el estrés, la ansiedad, la depresión y otras enfermedades mentales.
- **Relaciones interpersonales:** Son otra dimensión importante de la calidad de vida y se refieren a la capacidad de una persona para establecer y mantener relaciones positivas y satisfactorias con otros individuos. Abarca aspectos como las relaciones familiares, las amistades, las relaciones románticas y las redes de apoyo social.
- **Condiciones de vida:** Se refieren a las condiciones materiales y ambientales en las que una persona vive. Integra aspectos como la vivienda, el acceso a servicios básicos, el transporte, la seguridad y el medio ambiente.
- **Desarrollo personal:** Se refiere a la capacidad de una persona para desarrollarse y crecer como individuo. Esto incluye aspectos como la educación, el empleo, el desarrollo de habilidades o talentos, y la realización personal y profesional.

- **Participación social:** Es la capacidad de una persona para participar activamente en la sociedad y la comunidad. Incluye aspectos como la participación en actividades sociales, políticas y culturales, y la participación en grupos y organizaciones comunitarias.

La calidad de vida según Flores (2020), abarca múltiples dimensiones como: el aspecto individual, pues se centra en el bienestar de la persona en términos de su propia satisfacción y felicidad. Lo mencionado anteriormente se relaciona con la capacidad de un individuo para satisfacer sus necesidades y lograr sus objetivos personales, así como para desarrollar una identidad positiva, un sentido de autoestima y autoeficacia, se consideran aspectos como la salud física y mental, la educación, el trabajo, la vida social, el ocio, la satisfacción con la vida y el bienestar emocional. En lo referente a la calidad de vida familiar, Flores (2020) considera aspectos como el nivel de ingresos y recursos, la vivienda, la seguridad, la educación de los niños, el tiempo, la calidad de la relación entre padres e hijos, la participación en actividades en familia y la capacidad para establecer metas y valores comunes.

La calidad de vida involucra múltiples dimensiones, entre las cuales destacan la orientación individual y la orientación familiar. Al respecto, Flores (2020), menciona que, la evaluación de la calidad de vida es fundamental para comprender el bienestar de las personas y las familias, y para tomar decisiones políticas y sociales que promuevan su mejoramiento. Es importante tener en cuenta que, aunque cada persona y familia tiene necesidades y expectativas únicas, existen factores comunes que influirán en la calidad de vida, como la salud, la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales, la seguridad, entre otros. Por lo tanto, es necesario abordar la calidad de vida desde una perspectiva integradora y holística, que tome en cuenta la complejidad y la diversidad de las personas y las familias.

Factores que influyen en la calidad de vida

La calidad de vida está influenciada por diversos factores, los cuales varían según la persona, esto depende de la historia de vida de cada ser humano. Se quiere con

ello significar que, se refiere al bienestar general de un sujeto donde se incluye su salud física y mental, su capacidad para realizar actividades cotidianas, su acceso a recursos y servicios, y la satisfacción que obtiene de sus relaciones interpersonales. Algunos de los factores más importantes que influyen en la calidad de vida envuelven la salud, la educación, formación y las relaciones interpersonales. Comprender estos factores es importante para poder mejorar la calidad de vida de las personas y garantizar el bienestar psicológico (Ramírez et al., 2020). A continuación, varios autores como Cáceres, Mazo, Rondón y Mayorga plantean diversos factores fundamentales que influyen en la calidad de vida percibida en las personas:

- **Salud**

La salud es un factor indispensable que influye en la calidad de vida, tener buena salud física y mental es fundamental para poder disfrutar el día a día, realizar actividades cotidianas y tener relaciones satisfactorias (Cáceres, Parra y Pico, 2018). La buena salud física se refiere al estado de bienestar físico, que permite a las personas llevar a cabo sus actividades diarias sin dificultad y sin dolor (Cáceres, Parra y Pico, 2018). La salud mental, por otro lado, se refiere al bienestar emocional, psicológico y social de las personas (Cáceres, Parra y Pico, 2018). La salud mental es importante para la calidad de vida, influye en la capacidad de las personas para enfrentar los desafíos de la vida y para disfrutar de sus relaciones interpersonales.

- **Educación y formación**

La educación y formación son factores clave que influyen en la calidad de vida de las personas. Según Mazo, Mejía y Muñoz (2019), una educación de calidad y una formación continua aumentarán las oportunidades de empleo, mejorar los ingresos y los recursos financieros, y aumentar la satisfacción en el trabajo. Además, la educación ayuda a las personas a desarrollar habilidades y conocimientos que les permitan tomar decisiones informadas y positivas para su vida personal y profesional. Por otro lado, una educación y formación deficientes limitarán las oportunidades laborales y reducir los ingresos, lo que tendrán un impacto negativo en la calidad de vida (Mazo, Mejía y Muñoz). Las personas con niveles más bajos

de educación y formación tendrán menos acceso a servicios y recursos importantes, como la atención médica de calidad, la vivienda adecuada y la seguridad económica.

- **Relaciones interpersonales**

Las relaciones interpersonales influyen en la calidad de vida de las personas, porque representan un factor esencial en la interacción con los demás. Por consiguiente, las intercomunicaciones sociales saludables y positivas proporcionarán apoyo emocional y psicológico como también, aumenta el nivel de autoestima al reducir el estrés (Rondón, Aguirre y García, 2018). En otros términos, las personas que tienen comunicaciones interpersonales sólidas y de apoyo suelen tener una mejor calidad de vida en comparación con aquellas que se sienten aisladas o solitarias, pues proporcionan una sensación de pertenencia y conexión con la comunidad (Rondón, Aguirre y García, 2018). Esto tendrán un impacto positivo en la salud mental o emocional, debido a que ayudan a las personas a enfrentar los desafíos de la vida al tener una perspectiva más optimista.

En esta perspectiva, la calidad de vida tiene elementos subjetivos y elementos objetivos que llegarán a incrementar el nivel de satisfacción general y consiguen potenciar las habilidades del sujeto, debido a que la calidad de vida representa el bienestar en forma integral, sobre todo a nivel psicológico. Mayorga y Peñaherrera (2019) afirman: “Entre los aspectos subjetivos se encuentran: Expresión emocional, salud percibida, intimidad y seguridad, mientras que en los aspectos objetivos están las relaciones integrales con el ambiente físico y social” (p. 18). Por añadida, es importante considerar que no todos los individuos son iguales; por lo tanto, van a considerar unos ámbitos más importantes que otros.

Calidad de vida y enfermedades catastróficas

La calidad de vida se relaciona a la percepción física, emocional y social de una persona y como esta se siente. Se mira afectada por una variedad de factores, como la salud, la seguridad financiera, las relaciones personales y el acceso a

recursos y oportunidades. Las enfermedades catastróficas son enfermedades graves y potencialmente mortales que tendrán un impacto significativo en la calidad de vida de una persona. Según Álava y Olvera (2019), las enfermedades catastróficas tendrán un impacto negativo en la calidad de vida de una persona de varias maneras. Causarán dolor físico, discapacidad, limitaciones en la movilidad, fatiga y otros síntomas que interfieren con las actividades diarias. Además, las enfermedades catastróficas serán costosas de tratar, lo que causará estrés financiero y dificultades para acceder a los servicios de atención médica necesarios.

Esta realidad sobre todo en pacientes con diferentes tipos de cáncer ha sido sustentada gracias a diversas investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional. A partir de una revisión teórica realizada por Mota, Aldana, Bohórquez, Martínez y Peralta en el 2018 la cual tuvo como objetivo identificar el papel que desempeña la ansiedad en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, se obtuvo como resultados que las personas con cáncer desarrollarán un trastorno de ansiedad durante el diagnóstico de esta enfermedad, tratamiento o cirugía, esto genera un cambio considerable en la calidad de vida. Por tanto, disminuir los síntomas de cualquier trastorno psicológico ayuda a los pacientes a afrontar la enfermedad de mejor manera y contribuir a la calidad de vida.

Las enfermedades catastróficas según Parra, Pinto y Quispe (2016), constituyen un conjunto de patologías de baja prevalencia que tiene un alto impacto económico, pues su tratamiento involucra costos mayores el 40% del ingreso del hogar. Es así que, estas enfermedades requieren una gran demanda en su diagnóstico y tratamiento. Entre las enfermedades de alto costo están: malformaciones congénitas asociadas al corazón, cualquier tipo de cáncer o insuficiencia renal crónica. Es por esto, que al padecer una de estas enfermedades afecta a la calidad de vida de las personas, debido al factor económico y el malestar físico y psicológico que involucran.

Así mismo, una investigación realizada en Colombia por Mejía, Contreras y Hernández en el 2020 tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo

asociados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, para esto trabajaron con 80 mujeres mediante un estudio de tipo observacional y transversal. Los resultados más destacados de la investigación señalan que los síntomas más significativos fueron la fatiga, insomnio y pérdida de cabello, hubo reducciones relacionadas a la funcionalidad física, sensaciones de placer y actividad sexual, lo que también se resalta es la disminución de expectativas para el futuro. Las conclusiones señalan los efectos secundarios del tratamiento afectaron de manera significativa la calidad de vida.

Dentro del contexto ecuatoriano también se ha evaluado la calidad de vida, especialmente en personas con cáncer. Es así, que, una investigación llevada a cabo por Álava y Olvera en el 2019 tuvo como objetivo de evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades catastróficas no transmisibles, para esto, se trabajó con 74 pacientes pertenecientes al hospital general Guasmo Sur en Guayaquil, Ecuador. Se aplicó un cuestionario necesario para la recolección e interpretación de datos. Los resultados de la investigación señalan que la calidad de las intervenciones afecta de manera directa la calidad de vida de los pacientes, además, la mayoría de los participantes se encuentran en un permanente estado de irritabilidad, lo cual genera una comunicación casi nula con el personal de salud.

Calidad de vida y resiliencia en pacientes oncológicos

La resiliencia tendrá un impacto significativo en la calidad de vida de una persona, porque a mayor resiliencia estará mejor equipada para enfrentar y superar las dificultades de la vida, lo que conduce a una mayor sensación de control y bienestar emocional. Además, la resiliencia ayuda a prevenir problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, que afectarán negativamente la calidad de vida. Por otro lado, una buena calidad de vida también fomenta la resiliencia. Según Simón et al. (2018), si una persona tiene acceso a recursos que satisfacen sus necesidades básicas, como un hogar seguro y una buena alimentación, es más probable que tenga la capacidad de enfrentar y superar desafíos. Así mismo, las relaciones sociales saludables y la autoestima positiva también aumentarán la capacidad de una persona para adaptarse y recuperarse de situaciones difíciles.

Una investigación llevada a cabo por Chiroque en el año 2020 tenía como objetivo establecer la relación entre la resiliencia y calidad de vida en padres de hijos con algún tipo de discapacidad en la ciudad de Lima, la muestra se conformó por 50 padres de familia seleccionados gracias a un muestreo no probabilístico. Los resultados del estudio concluyeron que a pesar de que la discapacidad de un hijo sea considerada como un factor de estrés para los padres, se desarrolla una capacidad resiliente, la cual, principalmente es impulsada por la perseverancia de buscar una mejor calidad de vida tanto individual como familiar.

La investigación realizada por Roberto en el 2018, con 60 participantes de ambos sexos y mayores de edad los cuales recibían quimioterapia de forma ambulatoria, tenía como propósito establecer si la resiliencia determina la calidad de vida con respecto a la salud, para medir la calidad de vida y resiliencia se aplicó una batería psicológica conformada por el Cuestionario SF-36 y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Los resultados de la investigación concluyeron que existen correlaciones significativas entre la resiliencia y los componentes de calidad de vida con relación a la salud, esto quiere decir que la resiliencia tiene un rol significativo en los participantes de la investigación.

En relación a la idea anterior, la investigación tuvo como objetivo analizar la influencia de la resiliencia sobre las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, la investigación fue llevada a cabo por Simón et al. En el 2018 con 844 estudiantes pertenecientes a 5 instituciones educativas. Los resultados del estudio evidencian que los valores de resiliencia son mayores en los chicos que en las chicas, además, la resiliencia resultó ser un predictor relevante en las dimensiones relacionadas con la salud mental y en áreas sociales, esto evidencia que existe una clara relación entre la resiliencia y la calidad de vida, además, que en chicas la resiliencia sea menor, es una señal de que su calidad de vida es peor.

Factores que favorecen a la calidad de vida de los pacientes oncológicos

Uno de los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes oncológicos según Vinaccia et al. (2005) es el tener una personalidad resistente, la misma media entre la situación estresante y el proceso de la enfermedad. Por esto, la persona que tenga una personalidad fuerte, verá la situación adversa como una oportunidad para el crecimiento, pues sabrá enfrentarla con optimismo. Así mismo, otro de los factores que influye en la calidad de vida es el apoyo social, es una variable que se ha estudiado de manera amplia en los pacientes oncológicos, en las circunstancias adversas, los familiares y amigos están presentes en la vida del enfermo para brindarle apoyo social, emocional y psicológico.

Por otro lado, Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011), refieren que la calidad de vida se ve definida por factores como: Nivel de salud percibida como real, capacidades funcionales, relacionado con la independencia y la capacidad para realizar actividades diarias; nivel de ocio, actividades que realizan en la vida diaria; integración social, que tiene que ver con el la satisfacción que tiene con respecto a las relaciones; calidad del medio ambiente, refiriéndose al entorno donde habita, además se considerarán los aspectos sociodemográficos, determinan las condiciones culturales, educativas y económicas de la persona.

Se incluye que el practicar ejercicio físico tiene sus grandes ventajas si se padece de cáncer, pues reduce algunos síntomas de la enfermedad, como también disminuye considerablemente los efectos secundarios de los tratamientos, de esta manera el paciente mejorará el estado de ánimo y la salud en general, aunque uno de los síntomas es la fatiga, se recomienda que traten de llevar su vida con normalidad para que su calidad de vida no se vea afectada (Vinaccia et al. 2005).

También, entre estos factores está la sexualidad, es prioritaria como el paciente lo desee, a pesar de que este tema se considere estereotipada en la sociedad, la realidad es que el padecer una enfermedad catastrófica no limita el tener coito. De manera idéntica, la resiliencia también es un factor importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, es la capacidad para recuperarse de

las situaciones traumáticas, por lo que facilitará que las personas se adapten positivamente a una nueva circunstancia, de esta manera poseerán buena salud mental (Uribe, Morales, Salazar, 2018). Es así que, la resiliencia se considera un factor protector ante los cambios de la vida que permite enfrentar los eventos estresantes, por lo tanto, ayudará a desarrollar emociones positivas y mejorará la perspectiva de vida.

1.3 Cáncer

Conceptualización

El cáncer según Osorio (2020), es una enfermedad en la que las células del cuerpo comienzan a crecer y dividirse sin control, y forman un tumor o un conjunto de células anormales, estas células anormales invadirán y destruirán tejidos y órganos cercanos, así como diseminarán a otras partes del cuerpo a través del sistema circulatorio o linfático, proceso conocido como metástasis. Por ello, el cáncer afectará a cualquier parte del cuerpo y puede manifestarse de diferentes maneras, esto depende del tipo de cáncer y de la ubicación en el cuerpo donde se origina.

De la misma forma, otro autor como Chacón (2009), manifiesta que el cáncer es una enfermedad que se da a lugar por la transformación de células normales a células que no controlarán su crecimiento anormal, las cuales se interpretarán como mutaciones en el material genético, de esta manera estos cambios ocurridos en el ADN durante meses o tal vez años conducen al desarrollo de tumores que llegarán a producir metástasis. El lapso entre la lesión inicial y la creación del tumor ondea entre los 5 a 10 años.

Tipos de cáncer

El cáncer se desarrolla en diferentes partes del cuerpo, por esto, existen diferentes tipos y diferente afectación a los órganos. Como afirma Gutiérrez et al. (2021), los tipos de cáncer con mayor incidencia de mortalidad son el de pulmón, colon, recto, mama y próstata. Esta enfermedad tiene diferentes tipos, como: el cáncer de

páncreas, el cáncer de ovario, el linfoma, el sarcoma entre otros, que dependen del órgano o sistema afectado. Cabe indicar que, cada tipo de cáncer tiene características distintas y requiriere diferentes enfoques de tratamiento.

Es importante destacar que la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar los resultados en los pacientes con cáncer. Hay muchos tipos diferentes de cáncer, como el cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de colon, cáncer de piel, cáncer de páncreas, entre otros. Cada tipo de cáncer tiene sus propias características y tratamiento específico (Fernández, Regueira y Torres, 2016). A continuación, se va a tratar los cánceres más comunes, dentro de los cuales se destacan:

Específicamente, el cáncer de pulmón es un tipo de cáncer que se origina en los tejidos del pulmón, es uno de los más comunes y también de los más mortales en todo el mundo. El principal factor de riesgo asociado con el cáncer de pulmón es el consumo de tabaco, incluye el tabaquismo activo y la exposición al humo de segunda mano. Sin embargo, también existen casos de cáncer de pulmón en no fumadores, que estarán relacionados con la exposición a sustancias químicas o la predisposición genética. Según Rodríguez (2018), existen dos tipos principales de cáncer de pulmón: el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) y el cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP). El CPCNP es el tipo más común y representa aproximadamente el 85% de los casos, mientras que el CPCP es menos común, pero tiende a crecer y propagarse más rápidamente.

Por otro lado, el cáncer de mama es un tipo de cáncer que se desarrolla en las células de la mama, tanto en mujeres como en hombres, aunque es mucho más común en mujeres. Es el cáncer más diagnosticado en mujeres a nivel mundial. Como afirma Espinosa (2017), existen diferentes tipos de cáncer de mama, pero los más comunes son el carcinoma ductal y el carcinoma lobulillar. El carcinoma ductal comienza en los conductos que llevan la leche desde la mama hasta el pezón, mientras que el carcinoma lobulillar se origina en las glándulas productoras de leche. La detección temprana del cáncer de mama es fundamental para mejorar las tasas de supervivencia. Las pruebas de detección comunes incluyen la

mamografía, que es una radiografía de las mamas, y el autoexamen de mamas, que implica la revisión regular de las mamas en busca de cambios o anomalías.

Los tipos de cáncer se diferenciarán y determinar según el órgano o tejido donde se ha originado; significa, que si un paciente tiene un diagnóstico de cáncer de colon que tiempo después ha hecho metástasis hepática, de igual forma sigue llamándose cáncer de colon. Así pues, Puente y Velasco (2019) presentan una agrupación de acuerdo al tipo de tejido:

- **Sarcomas:** Este tipo de cáncer se da a lugar a partir del tejido conjuntivo, de estos que se derivan los músculos, hueso, cartílago o tejido adiposo. El osteosarcoma es el más común.
- **Leucemias:** Es un tipo de cáncer que se forman en la médula ósea, el tejido responsable de mantener la elaboración de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Los cambios en estas células provocarán infecciones, anemia y trastornos de la coagulación, conocidos como trombosis.
- **Carcinomas:** Son cánceres que se producen en las células epiteliales. Células que recubren la superficie de los órganos, glándulas y estructuras del cuerpo humano. Simbolizan el 80% de todos los cánceres, incluidos los tipos de cánceres más comunes de cáncer de pulmón, colon, mama, páncreas, entre otros.
- **Linfomas:** Surgen del tejido linfoide que se encuentra en los ganglios linfáticos y órganos.

Por otra parte, se conoce que el cáncer es producido por la mutación en determinados genes, es por esto que De la Garza y Juárez (2014) plantean la clasificación de los genes en tres tipos:

- **Oncogenes:** Son genes que se derivan de una mutación y, por lo tanto, promueven la división celular, estos genes proceden de otros conocidos

como proto-oncogenes, los cuales se encargan de regular el crecimiento de las células. La herencia de los oncogenes es dominante.

- **Genes supresores tumorales:** Son encargados de parar la división celular y dar lugar a la apoptosis, pero al existir una mutación de estos genes la división de la célula se produce sin control, al perder su funcionamiento normal, aparecen lo que es conocido como tumores.
- **Genes de reparación del ADN:** Se produce una mutación ya sea heredada o adquirida debido al fallo en el sistema de reparación, es así que se produce una acumulación de mutaciones en el genoma.

Grados de cáncer

Fundamentalmente, Gonzáles (2006), refiere que uno de los sistemas para expresar la propagación de la enfermedad es la Escala de estadiaje del cáncer TNM, donde (T) hace referencia al tamaño y extensión del tumor primario; (N) muestra cuántos ganglios linfáticos son cancerosos y (M) indica si es que existe o no metástasis, lo que significa que el cáncer no solamente se encuentra en el tumor primario, sino que invadió otras partes del cuerpo. Se agrega que, el objetivo de este sistema es identificar el estadio de los tumores para determinar el tratamiento y manejo clínico adecuado para los mismos. Cada tipo de cáncer tendrán su propio sistema de estadiaje y grado (Garrido, Tejada, Jiménez, Bernal y Ramírez, 2018). Además, Bannura et al. (2008), manifiestan que el sistema TNM permite describir a la enfermedad del cáncer a través de cinco estadios mucho más generales que se detallarán a continuación:

- **Estadio 0:** También llamado carcinoma, refiere que existen células de carácter anormal que no se distribuyeron a los tejidos que se encuentra cerca, pues estas células no se consideran cancerosas; sin embargo, podrían volverse.

- **Estadio I, II, III:** En estos estadios significa que ya existe la presencia de cáncer, mientras más alto es el grado, el tamaño y extensión del tumor será más grande con diseminación a otros tejidos.
- **Estadio IV:** Se contempla la presencia de metástasis, pues el cáncer ha invadido partes del cuerpo consideradas lejanas.

Tratamientos contra el cáncer

En la actualidad la ciencia ha avanzado y con ella el sistema de salud también, los avances médicos para buscar soluciones ante las distintas enfermedades y por mejorar la calidad de vida de las personas ha presionado a los médicos y personal de salud a enfrentarse a nuevos retos, como es el combatir el cáncer. Los tratamientos siempre van a depender de en qué fase de cáncer se encuentra la persona, estas fases van de la etapa I, la que corresponde a un criterio no invasivo, hasta la etapa IV que ya representa un cáncer invasivo conocido con el nombre de “metástasis”, donde la propagación de estas células se hizo por todo el cuerpo de manera anormal. Según Flores (2020), entre los diferentes posibles tratamientos contra el cáncer están:

- **Cirugía:** Procedimiento que consiste en la disección de ganglios o tumores, con el objetivo de cumplir una misión preventiva.
- **Quimioterapia:** Es un método que radica en la aplicación de sustancias químicas en el cuerpo u organismo del paciente, su función es la de evitar la propagación, crecimiento o división de las células cancerosas.
- **Hormonoterapia:** Como su nombre lo indica, es un tratamiento basado en la modificación de hormonas a través del uso e implementación de fármacos, a fin de contener el crecimiento de tumores.

- **Terapia de radiación:** Usa la radiación para destruir las células cancerígenas o lograr una reducción considerable de los tumores, en este procedimiento se daña al ADN de las células y por lo tanto reduce su crecimiento.

Efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer

Anteriormente, se había abarcado los diferentes tratamientos que se utilizan para combatir el cáncer, estos procedimientos tienen efectos secundarios en el organismo de quien lo ha recibido, debido a que, la mayoría de las personas que se han tratado el cáncer con alguno de los tratamientos mencionados, llevarán una vida totalmente activa, solamente el 10-15% presentan síntomas severos, el resto de pacientes presentan: Debilidad, náuseas, diarreas o vómitos a causa de la quimioterapia (Gracia, et al, 2009, p.53). Así como existen personas que presentarán efectos secundarios del tratamiento muy fuertes, otras llevarán una vida social, familiar e incluso laboral normal. Las secuelas de los tratamientos contra el cáncer dependerán de algunas variables: Tipo de cáncer, edad del paciente, lugar del cáncer, tratamiento recibido, duración, constitución genética, entre otros.

Han existido casos en los cuales los pacientes sobrevivientes han desarrollado cánceres secundarios a raíz del tratamiento de quimioterapia o radioterapia, los más habituales son el cáncer de piel, tiroides o mama. Anta (2021) afirma: Como resultado, los pacientes a lo largo del procedimiento de la quimioterapia, presentarán dificultades cognitivas como: “Variaciones en la memoria episódica y memoria de trabajo, se verá afectado el funcionamiento ejecutivo, lentitud en el procesamiento y menor atención, estos problemas ocurren debido a la consternación, aflicción y angustia que provocan estas situaciones” (p. 3).

Por tanto, los efectos secundarios de los tratamientos contra el cáncer son variados y en algunos casos se presentarán de manera potencial, los pacientes tienen miedo, rechazo e intranquilidad ante los mismos, de este modo las personas

muestran agotamiento, debilidad que afecta en la realización de actividades de la vida diaria o una reducción en las ganas de alimentarse.

Componentes psicológicos relacionados al cáncer

El diagnóstico y tratamiento del cáncer es una experiencia estresante y traumática para las personas afectadas, lo que da lugar a varios componentes psicológicos asociados al cáncer. Martínez et al (2014), señalan el impacto y los factores psicológicos que se experimentarán al tener cáncer:

- **Ansiedad:** El diagnóstico de cáncer y el proceso de tratamiento generarán miedo y preocupación, lo que provoca síntomas de ansiedad, como palpitaciones, sudoración y dificultad para dormir.
- **Depresión:** Las personas con cáncer también experimentarán sentimientos de tristeza, desesperanza y desesperación. La depresión tendrá un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar emocional de la persona afectada.
- **Estrés postraumático:** Algunas personas desarrollarán síntomas de estrés postraumático después de haber sido diagnosticadas y tratadas por cáncer. Los síntomas incluirán flashbacks, pesadillas y evitación de situaciones relacionadas con el cáncer.
- **Estrés y fatiga:** El tratamiento del cáncer es física y emocionalmente agotador, lo que generará estrés y fatiga en la persona afectada.
- **Cambios en la imagen corporal:** Los cambios en la apariencia física asociados con el tratamiento del cáncer, como la pérdida de cabello y la cicatrización, tendrán un impacto significativo en la autoestima y la imagen corporal de la persona.

Además, es importante destacar que el promover la resiliencia genera bienestar mental y emocional, por lo que aporta una perspectiva positiva en cuanto a salud-enfermedad, consiste en tener una actitud de carácter proactivo específicamente en mirar la existencia desde un sentido de vida (Cala, 2019). Es así que, la resiliencia se la considera como un componente psicológico que ayudará a que los pacientes con un diagnóstico de cáncer sean más entusiastas y optimistas en cuanto a su enfermedad.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se va a presentar la metodología de la investigación: se hablará acerca del paradigma, el diseño, enfoque, alcance y corte del estudio. En segundo lugar, se dará a conocer las técnicas e instrumentos utilizados para el levantamiento de datos; así mismo, se presentará la caracterización de población definida, la muestra y muestreo. Como último punto, se expondrá el procedimiento metodológico que comprende al proyecto de investigación.

2.1. Tipo y Enfoque de Investigación

Paradigma

En lo que se refiere al paradigma, la presente investigación se afirma sobre el post-positivismo. Como menciona Ramos (2015), el post-positivismo es una versión transformada del paradigma positivista, la diferencia radica en que en este paradigma plantea que la realidad existe, pero no es totalmente aprehendida. Se tiene entendido que lo real se comprende con las leyes exactas, pero sólo es entendida de manera incompleta y una de las razones que explica esto es que los seres humanos tienen cierta imperfección de mecanismos intelectuales (Ramos, 2015). Lo que se considera un limitante para dominar todas aquellas variables que se encuentran presentes en un fenómeno.

Hernández et al. (2010), plantea las características de este paradigma, una de ellas y la principal es que la realidad solamente es conocida de manera imperfecta, el investigador influye en el objeto de estudio y viceversa, la hipótesis planteada en la investigación puede influir en el progreso de la misma y los hallazgos o resultados de la investigación estarán sustentados y comprobados con fundamentos científicos y teóricos que respalden aquellos hallazgos.

Se tomarán en cuenta que existirá un margen de error en las mediciones que se haga del fenómeno, en este caso la realidad se plantea desde una postura

totalmente reflexiva y existente, es aprehensible incorrectamente porque los fenómenos no serán controlados. Es así que la presente investigación se rige bajo este paradigma porque se intenta construir nuevos conocimientos bajo el entendimiento de que la realidad no es totalmente aprehensible, porque se reconocerán que puede existir situaciones complejas en los fenómenos, por lo que se hace énfasis en utilizar recursos como la reflexión y el análisis de los discursos que siempre acompañarán a toda investigación Hernández et al. (2010, citado en Ramos, 2015).

Diseño de Investigación

El diseño de este estudio corresponde un diseño no experimental, porque en la investigación no se van a manejar las variables intencionadamente (Agudelo, Aigner y Ruíz, 2010). Lo que se hace en los estudios no experimentales es observar y prestar atención a cómo se desarrollan todos los fenómenos en su contexto natural, para que posteriormente sean analizados. De esta manera, los individuos van a ser observados en su ambiente natural. Al tomar en cuenta el diseño no experimental, es imprescindible conocer que va a ser imposible designar a los sujetos de forma aleatoria o las condiciones. El investigador no puede construir ni elaborar una situación determinada, más bien va a observar las situaciones y escenarios ya existentes, las cuales no van a ser provocadas.

El corte de esta investigación es transversal, en este caso se va a recolectar los datos y la información en un solo momento; en otras palabras, en un tiempo en específico. El objetivo de este tipo de investigación se enmarca en describir las variables, analizarlas y examinar la incidencia en un momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Esta recogida de información se la hace sobre una población definida, dicha población comparte características y tienen variables similares, menos la variable de estudio; sin embargo, esta variable estará constante durante todo el estudio transversal. Este estudio tiene un corte transversal debido a que los datos y la información se analizarán y serán recopiladas en un período de tiempo determinado.

La investigación no experimental es empírica, donde las variables ya no se manipularán porque ya han ocurrido o simplemente por su naturaleza o aspectos éticos no pueden manipularse de manera activa. Núñez (2011) refiere que los datos en este tipo de investigación solo se recolectan y luego se analizan e interpretan, no se intervienen directamente sobre el mismo fenómeno. Como ya se había mencionado anteriormente, en un experimento, el investigador construye deliberadamente las situaciones donde van a ser expuestos los sujetos de estudio, se va a emplear estímulos en determinadas circunstancias, mientras que en un estudio experimental es todo lo contrario. Como ya se ha mencionado anteriormente esta investigación tiene un enfoque no experimental porque se pretende estudiar las variables y fenómenos tal y como ocurren en su escenario natural, para posteriormente hacer su análisis respectivo.

Enfoque

El enfoque del presente estudio es cuantitativo, pretende centrarse en aspectos visibles, de este modo, su metodología va a ser empírica y analítica, donde se va a valer de pruebas estadísticas para analizar las variables (Polanía, et al., 2020). Como se manifiesta, el enfoque cuantitativo utiliza la recogida de datos para comprobar una hipótesis, con la utilización de la medición numérica y un análisis estadístico, y así se comprueba teorías o estándares de comportamiento

Este enfoque abarca una serie de pasos: en primer lugar, se plantea un problema de investigación, posterior a eso, se hace una exhausta investigación de las variables propuestas para plantearse una hipótesis, que mediante la puesta a prueba se comprobará por medio de la recolección de datos y análisis estadísticos (Polanía, et al., 2020). En este caso, la modalidad de este estudio es cuantitativa porque se requiere identificar los niveles de resiliencia y calidad de vida en los pacientes oncológicos, como también comprender la correlación entre las dos variables analizadas.

El alcance del estudio es descriptivo y correlacional; por un lado, descriptivo, porque el investigador se enfoca en primer lugar en especificar las características

significativas del fenómeno que se analizará. Hernández, Fernández y Baptista (2014) exponen que la meta, como su nombre lo indica es describir cualquier fenómeno, sucesos o escenarios y puntualizar cómo son y cómo se manifiestan. Al hablar de fenómenos, se hace referencia a grupos, objetos, comunidades, entre otros. Este alcance tiene el principal objetivo de recoger la información pertinente y necesaria acerca de las variables a analizar, pues aquí no se busca relacionarlas sino medirlas, ya sea de forma independiente o conjunta acerca de los conceptos importantes con la utilización de bibliografías para que sea una búsqueda eficiente.

Por su parte, el alcance correlacional, busca relacionar dos o más variables a través de una hipótesis planteada. Como se conoce, en la investigación cuantitativa se utilizan operaciones estadísticas inferenciales para extrapolar las deducciones del estudio que beneficiará a una población (Ramos, 2020). A diferencia del alcance descriptivo, este si busca relacionar las variables de la investigación, a fin de que se visualice cómo se comporta una variable en función de la otra. Por un lado, en la actual investigación se busca recoger la mayor cantidad de información relevante de las variables a estudiar, con el propósito de conocerlas más a fondo, y se aplica también el alcance correlacional porque se quiere relacionar las dos variables: resiliencia y calidad de vida para saber su nivel de asociación.

2.2. Técnicas e Instrumentos de la Investigación

Técnicas

Para la recolección de información se utilizaron algunas técnicas como: Entrevista, Encuesta y la técnica psicométrica. Al considerar que, la encuesta utiliza como base la psicometría, facilita la medición de diferentes constructos psicológicos a través del empleo de instrumentos psicométricos, los cuales cuantifican las variables de estudio.

- **Entrevista Psicológica:** Se define como el procedimiento empírico que se basa en la mera comunicación interpersonal que se establece entre dos o

más personas, en este caso entre el que investiga y el investigado, para que posteriormente se obtengan respuestas de manera verbal a todas las interrogantes que se han planteado dentro de la entrevista acerca de lo que se pretende estudiar, siempre que las preguntas también persigan los objetivos del estudio (Ávila, Gonzáles y Licea, 2020). Esta técnica se aplicó en este estudio porque tiene muchas ventajas, porque permite percibir y detectar la información no verbal, además se recogió información extra de los participantes, donde manifestaban información acerca de su vida personal.

- **Técnica de la Encuesta:** La técnica de la encuesta se utiliza para procesos de investigación, puesto que permite la obtención y elaboración de manera rápida, sencilla y eficaz. La encuesta permite extraer información masivamente, engloba un amplio número de cuestiones a la vez, es por ello, que esto se considera una de las ventajas de esta técnica. Según (Casas, Repullo y Donado, 2003), la encuesta abraza una serie de procedimientos estandarizados basados en la investigación, los cuales se encargan de recoger y analizar datos de una población, por lo cual se intenta dar una explicación y descripción de las características, se aplicó esta técnica en este estudio, se utilizaron cuestionarios estructurados y reactivos como la escala de resiliencia de Wagnild y Young y el cuestionario de calidad de vida QLQ-30 para determinar el nivel de resiliencia y calidad de vida en los pacientes oncológicos (Casas, Repullo y Donado, 2003).
- **Técnica Psicométrica:** Para empezar, se hablará acerca de que la psicometría favorece a la mejora de la evaluación psicológica, debido a que propicia métodos, teorías y técnicas que van a permitir diagnosticar, describir, explicar o predecir aquellos fenómenos que van a ser estudiados (Meneses, 2013). Entonces, la psicometría conforma una de las ramas de la psicología que, a través de la administración de instrumentos, test o cuestionarios, van a medir indirectamente los fenómenos psicológicos con la finalidad de dar explicaciones y tomar decisiones acerca del comportamiento humano dentro

del campo de la psicología. Esta técnica posibilita que los análisis estadísticos, ya sean descriptivos o correlacionales sean mucho más fáciles.

Instrumentos

Los instrumentos que se usaron en este presente estudio fueron los siguientes: Ficha Sociodemográfica, Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young (1993) y el Cuestionario de Calidad de Vida de la QLQ-C30 de la European Organization for Research and Treatment Cancer (1993) versión española. De la misma forma. Se explicará las características de la estructura de cada uno de los instrumentos, como también las propiedades psicométricas.

Ficha Ad Hoc Sociodemográfica

Con respecto a la ficha sociodemográfica, es un instrumento o cuestionario que está enfocado en recolectar características de la población que se pretende estudiar (Anexo 2), se recopilaban varios datos de los participantes. Esta encuesta sociodemográfica se dividió en 4 secciones: En los Datos Informativos se recopiló la edad, sexo, nivel de instrucción, identificación étnica y sector de residencia; en los datos del Grupo Familiar se indagó acerca del estado civil, número de hijos, antecedentes de enfermedades importantes de la familia, entre otras; en la sección de Situación Laboral y económica, se preguntó acerca de la profesión, ocupación y cuántas horas trabaja al día, inclusive, cómo es la situación económica de la familia, por último, en los Datos de Salud se investigó el diagnóstico oncológico de los sujetos, etapa de la enfermedad, tratamientos administrados, hábitos alimenticios y apreciación de la salud.

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

La Escala de Resiliencia (RS) fue desarrollada por Wagnild y Young en 1993, es una de las herramientas psicométricas que permite evaluar de manera válida y fiable la resiliencia y los niveles de adaptación psicosocial ante situaciones difíciles de la vida. Además, Wagnild y Young consideran que la resiliencia es una

característica que refrena los efectos negativos del estrés y facilita la adaptación. Es entonces que, a partir del planteamiento de este concepto se han creado esta escala para identificar las cualidades propias de cada persona que les permiten una adaptación resiliente. Los autores de esta Escala de Resiliencia tomaron como base los relatos de 24 mujeres provenientes de Estados Unidos, las cuales manifestaron cómo habían superado las adversidades de su vida. Así mismo, esta escala original fue adaptada en Perú y traducida del idioma inglés por Novella (2002).

Este instrumento se constituye por 25 ítems positivos con una escala de tipo Likert, donde 1 significa no estoy de acuerdo en absoluto y 7, estoy de acuerdo totalmente; por ende, la calificación se comprende entre 25 y 175 puntos, los valores que están mayores a 147 representa mayor nivel de resiliencia, valores entre 121-146, representa un nivel de resiliencia moderado y, por último, los valores menores a 121, representa escasa resiliencia (Vara y Rodríguez, 2011). Los autores definieron dos factores: competencia personal, que consta de 17 ítems y se fundamenta en el reconocimiento de la capacidad personal, autoconfianza, dominio, independencia, perseverancia, habilidad, entre otros; y aceptación de sí mismo y de la vida, que comprende la adaptación, flexibilidad y la aceptación de la vida, este último factor consta de 8 ítems, estos dos factores conforman cinco características de la Resiliencia, los cuales son:

- a) **Ecuanimidad:** Esta característica representa lo que es la perspectiva que una persona tiene de la propia vida y a su vez de sus experiencias, se hace énfasis en que si la persona toma tranquilamente las cosas o no.
- b) **Perseverancia:** Es la persistencia ante las adversidades que se presentan en la vida y la capacidad de autodisciplina.
- c) **Confianza en sí mismo:** Destreza para creer en sí mismo y en sus competencias.

d) Satisfacción personal: Cómo el sujeto comprende el significado de la vida y qué acciones hace para contribuir a la misma.

e) Sentirse bien sólo: Hace referencia a la libertad individual, hace alusión a la comprensión de que todos somos únicos e importantes.

Por otra parte, se realizó la validación psicométrica de la Escala de Resiliencia de una versión argentina; así mismo, se hizo la traducción y adaptación de la misma. En ese estudio, se tradujo la escala al español por un personal calificado, la cual fue totalmente revisada por expertos en la lengua inglesa y española (Rodríguez, et al., 2009). Se evaluó lo que respecta a la consistencia interna del instrumento con base al índice alfa de Cronbach, para lo cual arrojó un resultado de 0,72 en la escala total. Mientras que en el factor 1 se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,73; en el factor 2 0,60 y, en el factor número 3 0,50. Para esto, se considera que esta adaptación argentina tiene propiedades psicométricas admisibles para su empleo en ese país.

En concordancia con lo anterior, Gómez (citado en Rodríguez, 2009) menciona que, al elaborar una prueba piloto, se consiguió una confiabilidad admisible, con el método de consistencia interna, el alfa de Cronbach arrojó un resultado de 0.89. Algo semejante ocurre con los estudios realizados por Wagnild y Young, los cuales mostraron una confiabilidad de 0.85 en una población de cuidadores de pacientes con diagnóstico de Alzheimer. Con respecto a las propiedades psicométricas de este instrumento, se deduce que la fiabilidad es aceptable, los datos se obtuvieron a través del Alfa de Cronbach y nos permitió comprobar si su consistencia interna es buena. A continuación, se presenta los resultados obtenidos.

Tabla 1.

Análisis de la consistencia interna ER

Escalas	Número de elementos	Alfa prueba original	Alfa prueba aplicada
Ecuanimidad	4	0,834	0,635
Perseverancia	7	0,530	0,501
Confianza en sí mismo	7	0,716	0,438
Satisfacción personal	4	0,623	0,642
Sentirse bien sólo	3	0,540	0,507

Nota: 70 casos

Se sintetiza que la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y cada una de sus escalas son confiables, pues tiene una consistencia interna aceptable, aunque los valores del Alfa de Cronbach son bajos, esto se debe a que el tamaño de la muestra es muy pequeño para realmente determinar su fiabilidad.

Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (QLQ-C30) versión española.

Fundamentalmente, es importante manifestar la participación de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento contra el cáncer (EORTC) en la creación de un sistema para medir la calidad de vida, el cual recoge datos importantes acerca de la influencia de la enfermedad y el tratamiento proporcionado en su calidad de vida (Garrido, Pruja, Tejedor y Arias, 2000). Los diferentes cuestionarios que miden la calidad de vida de la EORTC son apreciados como uno de los métodos de medida más significativos dentro de la oncología. Han existido dos generaciones de este cuestionario, la primera generación constó de 36 ítems, el cual fue validado en una investigación internacional con pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón (Aronson et al, 1991); la segunda generación consta de 30 ítems y se tomó como base los resultados de este primer estudio, esta primera versión de 30 ítems fue validada en España y traducida al español en 1995 (Garrido, Pruja, Tejedor y Arias, 2000).

El cuestionario QLQ-C30 versión española fue creada por la European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), se utiliza actualmente en diferentes tipos de estudio con sujetos que tienen un diagnóstico de cáncer, es utilizado en gran parte de América para medir la calidad de vida (Bermúdez, Moreno y Angarita, 2013). Este es un instrumento que se encuentra validado en más de 80 idiomas diferentes, se compone de 30 preguntas que valoran diferentes aspectos relacionados a factores físicos, emocionales, sociales, cognitivos, entre otros.

El cuestionario QLQ-C30 que se aplicó en el presente estudio se estructura de 5 escalas funcionales las cuales son: Funcionamiento físico, actividades cotidianas, función emocional, función cognitiva y funcionamiento social; tiene 3 escalas que evalúan los síntomas: Fatiga, dolor, náuseas y vómito; tiene una escala que evalúa el estado de salud global y, finalmente, contiene 6 ítems que se encuentran de manera independiente, estos se centran en evaluar: Disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea y el impacto económico que ha tenido el tratamiento y enfermedad (Bermúdez, Moreno y Angarita, 2013). En la tabla 2, se muestra las áreas y escalas funcionales del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30.

Tabla 2.

Descripción de las áreas que evalúa el cuestionario QLQ-C30

Áreas	Escala Funcional	Número de ítem	Ítem evaluado
Estado global de salud	Estado global de salud	2	29,30
Área de Funcionamiento	Función Física	5	1 a 5
	Actividades Cotidianas	2	6,7
	Funcionamiento emocional	4	21, 22, 23, 24
	Funcionamiento Cognitivo	2	20, 25
	Funcionamiento Social	2	26, 27
Área de síntomas	Fatiga	3	10,12,18
	Dolor	2	9,19
	Náuseas y vómitos	2	14,15
	Disnea	1	8
	Insomnio	1	11
	Anorexia	1	13
	Estreñimiento	1	16
	Diarrea	1	17
Impacto económico	1	28	

Fuente: Bermúdez, Moreno y Angarita (2013).

En relación con las calificaciones de este test, es importante mencionar que se asignarán valores entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho), solamente las preguntas 29 y 30 tienen distinta calificación, el puntaje en este caso va de 1 a 7 (1: pésimo y 7: excelente). Todas las puntuaciones que se obtengan en este test se estandarizan y van entre 0 a 100, el puntaje que arroje va a determinar el nivel de impacto que tiene la enfermedad del cáncer en la vida de la persona que la padece (Bermúdez, Moreno y Angarita, 2013).

En una investigación realizada por Godoy, Rojas, García y Cabrera (1999), se analizó la fiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de vida (EORTC) QLQ-C30, para lo cual se hizo la utilización del coeficiente de Cronbach. Los resultados que arrojó esta investigación fueron valores que oscilaban entre 0,92 en la subescala que evalúa los síntomas y un valor de 0,62 en el área que evalúa el funcionamiento, todas las subescalas restantes obtuvieron resultados mayores a 0,75. En cuanto a la validez de este cuestionario, se encontró que las correlaciones más significativas se dan entre la subescala de que mide el rol o actividades cotidianas y la subescala que mide la función física con un 0,76. Así mismo, la escala de calidad de vida global hizo una correlación significativa con la mayoría de las subescalas. La subescala de función física, función del rol y subescala de la fatiga arrojaron una correlación entre sí de 0,76 y 0,61.

Con respecto a las propiedades psicométricas de este instrumento, se deduce que la fiabilidad es buena, los datos se obtuvieron a través del Alfa de Cronbach permitiendo comprobar si su consistencia interna es aceptable. A continuación, se presenta los resultados obtenidos.

Tabla 3.

Análisis de la consistencia interna del QLQC-30

Áreas	Número de elementos	Alfa prueba original	Alfa prueba aplicada
Estado global de salud	2	0,75	0,834
Área de funcionamiento	15	0,62	0,899
Área de síntomas	13	0,92	0,867

Nota: 70 casos

Podríamos resumir que el Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment Cancer (QLQ-C30) y cada una de sus áreas son confiables y tienen una gran consistencia interna, debido a que confirma que sus ítems están debidamente correlacionados.

2.3. Población, Muestra y Muestreo

Población

Los participantes y sujetos de estudio a considerar en la presente investigación fueron los pacientes oncológicos, ya sea que se encuentren en consulta externa, consulta ambulatoria, que recibieron quimioterapia o estén hospitalizados en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua. Durante el período marzo-abril del 2023 se atendieron alrededor de 120 pacientes oncológicos, dato que fue proporcionado por la Jefatura de estadística de la misma institución.

Muestra

El tamaño de la muestra corresponde a 70 pacientes oncológicos de SOLCA Tungurahua que se encontraban en consulta externa, en quimioterapia ambulatoria o que estaban en hospitalización, con la consideración de los criterios de inclusión: tener 18 años en adelante, ser de ambos sexos, tener un diagnóstico de cáncer confirmado, pacientes que reciben tratamiento oncológico y aquellos que están por finalizarlo; y criterios de exclusión: pacientes en cuidados paliativos y pacientes que aún no se ha confirmado su cuadro clínico.

Muestreo

El muestreo que se utilizó en la presente investigación fue No probabilístico por conveniencia. Según Otzen y Manterola (2017) este tipo de muestreo permite elegir los casos que son accesibles y que también acepten involucrarse en la investigación. En este caso, se consideraron los casos según los criterios de inclusión: tener 18 años en adelante, serán de ambos sexos, tener un diagnóstico de cáncer confirmado, aquellos pacientes que reciben tratamiento oncológico y aquellos que están por finalizarlo; y criterios de exclusión: pacientes en cuidados paliativos y pacientes que aún no se ha confirmado su cuadro clínico.

Caracterización de la muestra

En la tabla 4 se presentan las características sociodemográficas de la población, en función de los siguientes datos: informativos, del grupo familiar, socioeconómicos y de salud., Los casos se analizaron mediante estadísticos descriptivos de frecuencia (f) y el porcentaje (%) para las variables cualitativas. En lo concerniente a la variable edad, se presenta la media (M), la desviación estándar (DE), el mínimo y el máximo.

Tabla 4.

Datos Informativos

EDAD	M	DE
Mínimo 23 Máximo 60	46,53	9,07
Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	18	25,7%
Femenino	52	74,3%
Nivel de Instrucción		
Primaria	15	21,4%
Secundaria	19	27,1%
Tercer Nivel	32	45,7%
Cuarto Nivel	4	5,7%
Identificación étnica		
Mestizo	65	92,9%
Indígena	5	7,1%
Lugar de residencia		
Zona Urbana	51	72,9%
Zona Rural	19	27,1%

Fuente: elaboración propia

Como se observa en la distribución de los datos, la edad media de los participantes es de 46.53 años, con una desviación estándar de 9,07. Además, es notable que existe mayor porcentaje de participantes mujeres con el 74.3%. Por otro lado, el nivel de instrucción que predomina es el Tercer nivel con el 45.7%, seguido de Secundaria con el 27.1%. La identificación étnica con más porcentaje es mestiza con el 92.9% e indígena se encuentra representado con el 7.1%. En cuanto al sector de residencia, la zona urbana tiene el 72.9% y la zona rural 27.1%. Como se evidencia, existe gran predominancia del sexo femenino con diagnóstico de cáncer,

así también se observa que la mayoría de los participantes han terminado la universidad y solamente son pocos los que tienen un título de cuarto nivel. En la Tabla 5 se reflejó las características de los datos del grupo familiar, donde se plasma la frecuencia y el porcentaje del estado civil y número de hijos.

Tabla 5.

Datos del Grupo Familiar

Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
Casado	30	42,9%
Divorciado	15	21,4%
Soltero	15	21,4%
Viudo	4	5,7%
Unión libre	6	8,6%
Número de hijos		
0 hijos	9	12,9%
1 hijo	12	17,1%
2 hijos	22	31,4%
3 hijos	13	18,6%
4 hijos	7	10,0%
5 hijos	2	2,9%
6 hijos	4	5,7%
12 hijos	1	1,4%

Fuente: elaboración propia

En la variable estado civil se encontró que el 42.9% de la población están casados, seguido del 21.4% que están divorciados. En relación a la variable número de hijos, se evidencia que el 31.4% que representa la mayoría de la muestra tienen 2 hijos, el 18.6% tienen 3 hijos, el 10.0% tienen 4 hijos, el 2.9% tienen 5 hijos, el 5.7% tienen 6 hijos y el 1.4% tienen 12 hijos. Se aprecia que la mayoría de participantes se encuentran en una relación matrimonial y tiene aproximadamente dos hijos; es decir, tienen una familia. En la tabla 6 se organizan las variables que representan a la situación laboral y económica de la población.

Tabla 6.*Situación laboral y económica*

Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Situación económica de la familia		
Muy buena	1	1,4%
Buena	27	38,6%
Regular	39	55,7%
Deficiente	3	4,3%
Ocupación		
Estudiante	2	2,9%
Sector Público	17	24,3%
Sector Privado	16	22,9%
Quehaceres domésticos	29	41,4%
No trabaja	1	1,4%
Negocio propio	5	7,1%

Fuente: elaboración propia

Con referencia a la variable situación económica de la familia se demostró que el 55.7% tiene una situación económica regular, el 38.6% tiene una situación económica buena y el 4.3%, tiene una situación económica deficiente. Por otro lado, en la variable ocupación se mostró que el 41.4% realizan quehaceres domésticos, el 24.3% trabajan en el sector público y el 22.9% trabajan en el sector privado. Se evidencia que la mayoría tiene una situación económica regular, por lo que a través de la entrevista se manifestó que les resulta complejo cubrir los gastos derivados del tratamiento, debido a que la mayoría de mujeres no trabajan y se dedican a los quehaceres domésticos.

En la tabla 7 se muestran los datos sociodemográficos asociados a los datos de la salud de los participantes, donde se muestra información asociada a la apreciación que tienen los sujetos de su propio estado de salud, sobre sus hábitos alimenticios, tipos de alimentos que tienen restringido comer y actividades de ocio.

Tabla 7.*Datos de Salud*

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Apreciación de salud		
Muy buena	6	8,6%
Buena	30	42,9%
Regular	31	44,3%
Deficiente	3	4,3%
Horas de sueño		
8 horas	18	25,7%
7 horas	16	22,9%
6 horas	17	24,3%
5 horas	11	15,7%
4 horas	8	11,4%
Hábitos alimenticios		
Excelentes	6	8,6%
Buenos	46	65,7%
Regulares	18	25,7%
Alimentos que tienen restringido comer		
Carbohidratos	7	10,0%
Carne de Cerdo	1	1,4%
Carnes Rojas	11	15,7%
Embutidos	1	1,4%
Grasas Saturadas	6	8,6%
Lácteos	26	37,1%
Vegetales crucíferos	6	8,6%
Ninguno	12	17,1%
Actividades de tiempo libre		
Caminar	22	31,4%
Deporte	2	2,9%
Dormir	1	1,4%
Escuchar música	7	10,0%
Jardinería	3	4,3%
Leer	9	12,9%
Manualidades	1	1,4%
Salir con amigos	1	1,4%
Tejer	2	2,9%
Televisión	9	12,9%
Tiempo familiar	10	14,3%
Voluntariado	1	1,4%
Yoga	2	2,9%

Fuente: elaboración propia

En la variable apreciación de salud, se evidencia que el 44.3% de la población considera que tiene una salud regular, el 42.9% manifiesta tener una buena salud, seguido de esto, está un 8.6% con una apreciación de la salud muy buena. Al hablar de la variable horas de sueño, se observa que el 25.7% duerme alrededor de 8 horas durante la noche, el 24.3% duerme 6 horas y el 22.9% duerme 7 horas. En cuanto a los hábitos alimenticios, el 65.7% tiene buenos hábitos alimenticios, el

25.7% tiene hábitos alimenticios regulares y el 8.6% tiene excelentes hábitos alimenticios.

Con respecto a los alimentos que los pacientes tienen restringido comer, se refleja que, el 37.1% tienen restringido consumir lácteos, seguido está el 17.1% que no tiene restringido comer ningún alimento y el 15.7% tienen restringido comer carnes rojas. En la variable actividades de tiempo libre, se observa que el 31% sale a caminar, el 14.3% pasan en tiempo familiar y el 12.9%, por último, el 2.9% realiza yoga. En la tabla 8 se muestran los datos sociodemográficos relacionados al diagnóstico y tipos de cáncer.

Tabla 8.

Datos sociodemográficos: Diagnóstico y tipos de cáncer

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico de cáncer		
Cérvix	9	12,9%
Colon	5	7,1%
Endometrio	1	1,4%
Estómago	3	4,3%
Ganglios	1	1,4%
Garganta	1	1,4%
Leucemia	2	2,9%
Linfoma Hodking	2	2,9%
Mama	26	37,1%
Ovario	5	7,1%
Páncreas	1	1,4%
Piel	1	1,4%
Próstata	2	2,9%
Pulmón	2	2,9%
Tiroides	7	10,0%
Útero	2	2,9%

Fuente: elaboración propia

En relación a los tipos de cáncer que han sido diagnosticados los participantes, por lo que tenemos que el 12.9% tiene un diagnóstico de cáncer de cérvix, el 4.3% cáncer de estómago, un 1.4% cáncer a los ganglios, el 2.9% tiene leucemia, un 2.9% linfoma hodking y el 37.1% que es el porcentaje de población más

predominante tiene cáncer de mama. Se concluye que la mayoría de los participantes manifiesta tener una salud regular; sin embargo, conciliarán el sueño con facilidad, la mayoría considera que su tratamiento oncológico no ha afectado su calidad de sueño, al tener en cuenta que el cáncer de mama es el más predominante entre los evaluados. En la tabla 9 se especifica los datos sociodemográficos relacionados a la etapa, tiempo de diagnóstico y tratamiento.

Tabla 9.

Datos sociodemográficos: Etapa, tiempo de diagnóstico y tratamiento

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de Diagnóstico		
0-2 meses	1	1,4%
3-5 meses	15	21,4%
6-8 meses	14	20,0%
9-12 meses	14	20,0%
Mayor a un año	26	37,1%
Etapa de la enfermedad		
Estadio I	2	2,9%
Estadio II	13	18,6%
Estadio III	26	37,1%
Estadio IV	8	11,4%
Desconoce	21	30,0%
Tiempo de tratamiento		
0-2 meses	2	2,9%
3-5 meses	15	21,4%
6-8 meses	17	24,3%
9-12 meses	11	15,7%
Mayor a un año	25	35,7%
Tratamiento administrado		
Quimioterapia	56	80,0%
Radioterapia	8	11,4%
Yodo terapia	6	8,6%

Fuente: elaboración propia

Se muestra que el 1.4% fue diagnosticado con cáncer hace 0-2 meses, el 21.4% hace 3-5 meses, el 20% hace 6-8 meses, otro 20% hace 9-12 meses y el 37.1% fue diagnosticado de cáncer hace más de un año. En cuanto a la variable etapa de

la enfermedad, el 2.9% se encuentra en la etapa uno de la enfermedad, el 18.6% se encuentra en la etapa dos, el 37.1% se encuentra en la etapa tres, el 11.4% en la etapa cuatro y el 30% desconoce en qué etapa de la enfermedad se encuentra.

En la variable tiempo de tratamiento, se evidencia que el 2.9% lleva en el tratamiento entre 0-2 meses, el 21.4% entre 3-5 meses, un 24.3% entre 6-8 meses, el 15.7% entre 9-12 meses y el 35.7% lleva en el tratamiento más de un año. En referencia a la variable tratamiento administrado, el 80% que representa a la mayoría recibe quimioterapia, el 11.4% recibe radioterapia, y el 8.6% recibe Yodoterapia. Se evidencia que la mayoría de los participantes se encuentran en el Estadio III, lo que significa que el cáncer aún no ha hecho metástasis, y de igual manera su diagnóstica era mayor a un año. En la tabla 10 se muestra los datos sociodemográficos asociados al tratamiento de cáncer.

Tabla 10.

Datos sociodemográficos: Variables asociadas al tratamiento de cáncer

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia al tratamiento oncológico		
Si	68	97,1%
A veces	2	2,9%
Recursos económicos para cubrir gastos del tratamiento-enfermedad		
Si	23	32,9%
No	23	32,9%
A veces	24	34,3%
Motivación al tratamiento oncológico		
Si	58	82,9%
No	2	2,9%
A veces	10	14,3%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 10 se muestra los datos acerca de la asistencia al tratamiento oncológico de los participantes, y se observa que el 97.1% asistió a todas sus sesiones de tratamiento y solamente el 2.9% asistió a veces al tratamiento. En cuanto a la variable de los recursos económicos de los participantes para cubrir los gastos del tratamiento y la enfermedad, se evidencia que el 34.3% tuvo a veces recursos económicos, el 32.9% si tiene medios económicos para cubrir todo su tratamiento, y el otro 32.9% no tiene recursos económicos para cubrir los gastos de su tratamiento. Ahora bien, en la variable motivación al tratamiento oncológico, el 82.9% si tiene motivación al acudir a su tratamiento oncológico, sólo el 2.9% no tiene motivación alguna para recibir su tratamiento.

Como se evidencia la mayoría de los pacientes asistieron constantemente a todas sus sesiones de tratamiento, pero la mayoría no tiene siempre los recursos económicos para cubrir los gastos de la enfermedad; sin embargo, casi todos tienen mucha motivación y optimismo para cumplir con su proceso oncológico.

2.4. Procedimiento metodológico

En primera instancia, se realizó una profunda revisión bibliográfica para sustentar teóricamente las variables planteadas en el presente estudio, esto se realizó a través de la exploración de artículos científicos, artículos de revistas, libros, entre otros, para la redacción del marco teórico. Por consiguiente, se socializó el plan del proyecto con las autoridades y con la respectiva tutora, así mismo, se entregó las solicitudes de permisos a las personas encargadas de la institución oncológica. Posterior a esto se procedió a seleccionar los instrumentos de evaluación, donde constaba el consentimiento informado, la ficha sociodemográfica, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y, por último, el cuestionario de Calidad de Vida QLQ-30.

Por consiguiente, se inició el proceso de levantamiento de datos, se acudió a SOLCA Tungurahua y se aplicó los instrumentos a los pacientes oncológicos que estaban hospitalizados, que recibieron quimioterapia ambulatoria y los que estaban

en consulta externa, donde los mismos firmaron el consentimiento informado y a través de una entrevista se abordó información relevante, todo este proceso se ejecutó para la redacción del marco metodológico, es importante señalar que la aplicación tomó aproximadamente dos meses.

En segundo lugar, se realizó una base de datos en Excel para posteriormente realizar los análisis de resultados, previamente se hizo un análisis de la fiabilidad de los instrumentos con el Alfa de Cronbach extraído del SPSS. Seguido de esto, se introdujo todos los datos tabulados al programa SPSS versión 0.25, por medio de este programa se realizó el análisis categórico y descriptivo de cada test y posterior, se realizó el análisis correlacional con la utilización del coeficiente Rho de Spearman. Finalmente, se procedió a la elaboración del informe final.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1. Análisis categórico de los resultados de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

El estudio categórico de la Escala de Resiliencia de Wagnild Young se realizó posterior al análisis de las puntuaciones que fueron obtenidas, estos resultados se reflejan en la tabla 10, donde se utiliza la frecuencia y el porcentaje y de toda la muestra de la investigación en relación a la Escala de Resiliencia. A continuación, se presenta las puntuaciones del nivel de resiliencia en los pacientes oncológicos.

Tabla 11.

Análisis categórico de las puntuaciones de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Escasa	7	10%	10	10
Moderada	33	47,1%	47,1	57,1
Alta	30	42,9%	42,9	100,0
Total	70	100,0%	100,0	

Fuente: elaboración propia

Se evidencia que solamente el 10% de la muestra tiene escasa resiliencia, lo que quiere decir que estas personas no tienen la capacidad de afrontar las adversidades que se les presenten en la vida y recurren a utilizar mecanismos de defensa que son poco favorables en la resolución de los mismos, además, estos sujetos tienden a acudir a otras personas para poder enfrentar esa situación difícil, cargan gran culpa por las decisiones que hayan tomado, esta interpretación es acorde al manual del instrumento.

Por otro lado, también se observa que el 47,1% tiene una resiliencia moderada y representa el mayor porcentaje, por lo que en estas personas existe indicadores de las escalas de ecuanimidad, confianza en sí mismo, perseverancia y aceptación de uno mismo. El 42,9% tiene una resiliencia alta, lo que indica que tienen una gran

capacidad para resolver sus problemas solos, con la demostración de tener gran confianza en sí mismos y la certeza de que encontrarán una solución para cada adversidad.

Todo esto concuerda con el estudio realizado por Suquillo (2019), donde los resultados de esa investigación arrojaron que la escala de perseverancia obtuvo un 84,4%, la escala de satisfacción personal se encontraba con un 62,2% y la escala de confianza en sí mismo con un 75,6%, esto demuestra que fueron las escalas con más puntaje, por tanto, con más resiliencia, se justifica que los pacientes con diagnóstico de cáncer tienen la motivación para afrontar la circunstancia a pesar de las consecuencias adversas que implica atravesar una enfermedad catastrófica como es el cáncer y lo más importante es que han comprendido que su vida tiene un significado.

3.2. Análisis descriptivo de los resultados de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

El análisis descriptivo de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young se realizó a través del programa SPSS versión 25, los resultados obtenidos se reflejan en Tabla 11 con relación a cada factor de la Escala de Resiliencia, para este análisis se toma en cuenta el mínimo estadístico, el máximo estadístico, desviación estadística, asimetría y curtosis.

Tabla 12.

Análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Resiliencia

Escala	Mín.	Máx.	M.	Desv.	As.		Cu.	
					Estadístic o	Desv .	Estadístic o	Desv .
<i>Satisfacción personal</i>	12,00	28,00	22,66	3,43	-0,74	0,29	0,71	0,57
<i>Ecuanimidad</i>	4,00	15,00	7,13	2,37	1,36	0,29	1,84	0,57
<i>Sentirse bien solo</i>	3,00	12,00	4,37	1,57	1,96	0,29	6,73	0,57
<i>Confianza en sí mismo</i>	24,00	49,00	41,71	5,40	-1,07	0,29	1,37	0,57
<i>Perseverancia</i>	31,00	49,00	41,96	4,57	-0,40	0,29	-0,47	0,57
<i>Puntaje Global</i>	102,00	170,00	146,14	15,06	-0,80	0,29	0,48	0,57

Fuente: elaboración propia.

Se observa que la escala con mayor puntuación en la media fue la de *Perseverancia* ($M= 41,96$; $Ds= 4,57$), con una puntuación máxima de 49 puntos y una puntuación mínima de 31 puntos, lo que indica que la mayoría de participantes presentan un nivel de perseverancia entre medio a alto. La escala de *Satisfacción Personal* tuvo una media de $M=22,66$ y una desviación estándar de $Ds=3,43$ con una puntuación máxima de 28 y una puntuación mínima de 12 puntos. Con respecto a la escala *Ecuanimidad* sus puntuaciones fueron ($M=7,13$; $Ds= 2,37$) con una puntuación máxima de 15 puntos y una puntuación mínima de 4 puntos. Por otra parte, la escala *Sentirse bien Solo* tiene las siguientes puntuaciones ($M=4,37$; $Ds=1,57$), esta escala tiene consiguió una puntuación máxima de 12 puntos. En la escala de *Confianza en sí mismo* existe una media de 41,71 al ser la segunda escala con mejor puntuación, y una desviación de 5,40.

Estos resultados son similares a la investigación realizada por Molero (2018), donde la escala de *Satisfacción Personal* tiene una $M= 21,38$, con una puntuación mínima de 14 y máxima de 28 puntos; *Ecuanimidad* $M= 19,27$ con un resultado de 13 puntos en puntuación mínima y 26 puntos máxima; *Sentirse bien solo* tuvo una $M=$

15,43, una puntuación mínima de 8 puntos y una puntuación máxima de 21; la escala de *Confianza en sí mismo* alcanzó una $M= 35,96$ y por último la escala de *Perseverancia* consiguió una $M= 35,95$ con una puntuación mínima de 24 y máxima de 49 puntos.

En lo concerniente al puntaje global, se obtuvo una ($M= 146,14$), y ($Ds=15, 06$), lo que representa que la muestra tiene un nivel de resiliencia moderado, pues la puntuación más alta 170 sobre 175 y una puntuación mínima de 102 puntos, en este instrumento la puntuación mínima del instrumento es 25, se demostró que los pacientes con diagnóstico de cáncer tienen un gran nivel de resiliencia. Lo mencionado anteriormente concuerda con los resultados de una investigación realizada por Burga, Sánchez y Jaimes (2016), con pacientes con cáncer de mama, donde se obtuvo una $M=135,33$ en el puntaje global de resiliencia y $Ds= 17,45$.

3.3. Análisis categórico del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30

El análisis categórico del cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30, se realizó posterior al estudio de las puntuaciones que fueron obtenidas, estos resultados se reflejan en la tabla 12, donde se utiliza el porcentaje y la frecuencia de toda la muestra de la investigación en relación al Cuestionario.

Tabla 13.

Análisis categórico del Área de Síntomas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	2	2,9%	2,9	2,9
Moderado	6	8,6%	8,6	11,4
Bajo	45	64,3%	64,3	75,7
Ausente	17	24,3%	24,3	100,0
Total	70	100,0%	100,0	

Fuente: elaboración propia

Se observa que el 2,9% de la muestra tiene un alto nivel en el *Área de Síntomas*, esto se considera positivo, a mayor puntaje en la escala de síntomas representa una menor calidad de vida, debido a que el funcionamiento en la vida cotidiana de la persona se ve afectado por las manifestaciones clínicas que se dan por la

enfermedad y el tratamiento. Además, tenemos que el 8,6% tiene un nivel moderado en esta escala, pues el área de síntomas evalúa aspectos como: Fatiga, dolor, náuseas y vómitos presentados, durante la última semana. Se observa que el 64,3% tiene un nivel bajo en síntomas, lo que se considera que durante los últimos 7 días no han presenciado mayor dificultad con respecto a los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer. Por último, se observa que el 24,3% tienen ausencia de síntomas.

Estos datos se corroboran con la información manifestada por los encuestados en la investigación de López (2014), que manifiesta que uno de los principales síntomas físicos que presencian los pacientes que tienen un diagnóstico de cáncer son: Dolor, las náuseas, vómitos, diarrea, falta de sueño, falta de concentración, entre otros y, los mismos manifiestan que presenciar esta sintomatología repercute en la disminución de su calidad de vida y asumen que también son producidos por los efectos secundarios derivados del tratamiento.

En la tabla 13 se presenta el análisis categórico del Área de Funcionamiento del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30, se utiliza la frecuencia y el porcentaje para reflejar los datos investigativos obtenidos.

Tabla 14.

Análisis categórico del Área de Funcionamiento

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Alto</i>	25	35,7%	35,7	35,7
<i>Moderado</i>	37	52,9%	52,9	88,6
<i>Bajo</i>	7	10,0%	10,0	98,6
<i>Ausente</i>	1	1,4%	1,4	100,0
<i>Total</i>	70	100,0%	100,0	

Fuente: elaboración propia

Se observa que el 35,7% tiene un alto nivel en el *Área de Funcionamiento*, el 52,9% que representa el mayor porcentaje de la muestra, tiene un nivel moderado de funcionamiento, el 10% tiene un nivel bajo y solo el 1,4% presenta ausencia de funcionamiento, lo que está asociado a la presencia de altos niveles de

sintomatología que le imposibilita su desarrollo en la vida diaria. Sat et al. (2012) afirma que tener un alto puntaje en la el área de funcionamiento se relaciona con un nivel mucho más alto de función y, por tanto, un nivel más alto de salud y desenvolvimiento.

En una investigación realizada por Flores (2020), se concluyó que el 43,8% manifiestan que la enfermedad limita en absoluto el desenvolvimiento físico, seguido de esto, el 33,3% de los pacientes expresaron que su condición física se ve limitada un poco, el 18,8% tiene un nivel de limitación física bastante y solamente el 4,2% consideró que su rendimiento físico se vio afectado notablemente. Como se mira, los resultados de la investigación anteriormente mencionada concuerdan con los de la presente investigación, demuestra que los pacientes con cáncer evaluados tienen un gran desarrollo físico a pesar de recibir sus tratamientos y experimentar los efectos negativos de la enfermedad.

Así mismo, en la misma investigación resultó que el 47,9% de los participantes estima que el cáncer, dificulta de manera leve la realización de las actividades que conlleva el día a día que conllevan un esfuerzo importante y el 2,1% que es el porcentaje más bajo, considera que la enfermedad dificulta mucho la realización de actividades, y por esta razón estarán en reposo constantemente.

3.4. Análisis descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30

El análisis descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30, se realizó a través del programa SPSS versión 25, los resultados obtenidos se reflejan en Tabla 14 con relación a cada factor del Cuestionario, para este análisis se toma en cuenta el mínimo estadístico, el máximo estadístico, desviación estadística, asimetría y curtosis.

Tabla 15.*Análisis descriptivo del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30*

Áreas	Mín.	Máx.	M.	Desv.	Asimetría	Curtosis		
					Estadístic	Desv	Estadístic	Desv
					o	.	o	.
Área de Funcionamient o	17,00	60,00	27,64	7,94	1,18	0,28	2,55	0,56
Área de síntomas	14,00	47,00	23,78	6,85	1,54	0,28	2,33	0,56
Estado Global de Salud	4,00	14,00	10,30	2,08	-0,80	0,28	1,25	0,56

Fuente: elaboración propia

Se evidencia que el área del cuestionario con mayor puntuación en la media de la muestra es el Área de Funcionamiento con una media de $M= 27,64$ y una desviación estándar de (7,94), con una puntuación máxima de 60 y una puntuación mínima de 17 puntos. Con respecto al Área de síntomas se encuentra que la media de la muestra es de (23,78) y la desviación estándar es de (6,85), la puntuación máxima de esta escala es 47 puntos y su puntuación mínima es de 14 y, en cuanto al Estado Global de Salud se encontró una media de (10,30) y una desviación de (2,08), con puntuación máxima de 14 y mínima de 4 puntos.

Todos estos resultados reflejan que los pacientes han obtenido mayor puntuación en el Área de Funcionamiento y en el Estado Global de Salud, los cuales están asociados a mayor calidad de vida, mientras que una puntuación mayor en el área de síntomas reflejaría menor calidad de vida; en este caso, los individuos reflejan que su mayor malestar está relacionado con los síntomas de la enfermedad.

Los resultados mencionados anteriormente tienen relación con la investigación dirigida por Arango y Velasque (2022), donde en el área de funcionamiento la mayoría de la muestra representada por el (46,2%) tienen un alto nivel de calidad de vida, el (31,2%) proyectaron tener un nivel regular de calidad de vida mientras que solamente el (22,6%) de la muestra estudiada mantienen un nivel considerado bajo con respecto a la calidad de vida. Es así que, el funcionamiento se considerado

como la dimensión esencial de todo individuo, debido a que comprenden el estado psicológico, físico y social que dirige a todo ser humano y permite el desempeño favorable en la vida.

Otro punto es el área de síntomas donde el (44,3%) de la muestra obtuvieron un nivel alto, el (41,5%) tiene un nivel regular y el (14,2%) reflejaron tener un nivel bajo. Que los individuos obtengan puntuaciones altas en esta área, significa que su calidad de vida se ve comprometida por todas esas manifestaciones clínicas que son consecuencias y son producidas por la enfermedad, presentar síntomas repercute en el funcionamiento de la vida diaria (Arrango y Velasque, 2022). Lo que se refiere al Estado Global de salud, en esa investigación resultó que el 50% de la muestra tienen un nivel bajo, pues el tener una enfermedad catastrófica como es el cáncer hace que la vida y la salud de la persona se encuentren en riesgo, el individuo experimenta miedo y pensamientos negativos relacionados con la muerte, debido a que es una enfermedad que también influye en el aspecto laboral y económica, se necesita grandes sumas de dinero para cubrir los gastos y el tratamiento que conlleva la enfermedad.

Análisis correlacional de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Vida QLQC-30

En esta sección se realiza el análisis de correlación entre la variable Resiliencia y la variable Calidad de vida, para esto se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, el cual trabaja con una distribución no normativa, para que posteriormente se estudien los resultados obtenidos y de esta manera se acepte o se rechace la hipótesis que se ha planteado previamente. A continuación, en la tabla 16 se representa las correlaciones de los instrumentos utilizados en la presente investigación.

Tabla 16.*Análisis correlacional de la Escala de Resiliencia y QLQC-30*

	<i>EG Salud</i>	<i>Func.</i>	<i>SínS.</i>	<i>SP</i>	<i>E.</i>	<i>SS.</i>	<i>CM.</i>	<i>P.</i>
<i>EG Salud</i>	1,000	-,284*	- ,328**	0,221	-,368**	-0,225	0,175	0,048
<i>Funcionamiento</i>	-,284*	1,000	,636**	-0,163	,537**	,722**	-0,233	-0,037
<i>Síntomas</i>	-,328**	,636**	1,000	-0,181	,771**	,613**	-,283*	-0,176
<i>Satisfacción personal</i>	0,221	-0,163	- 0,181	1,000	-0,152	-0,078	,411**	,369**
<i>Ecuanimidad</i>	-,368**	,537**	,771**	-0,152	1,000	,510**	-0,191	-0,088
<i>Sentirse bien solo</i>	-0,225	,722**	,613**	-0,078	,510**	1,000	-0,149	-0,070
<i>Confianza en sí mismo</i>	0,175	-0,233	-,283*	,411**	-0,191	-0,149	1,000	,749**
<i>Perseverancia</i>	0,048	-0,037	- 0,176	,369**	-0,088	-0,070	,749**	1,000

Nota: Estado Global Salud (EG Salud), Funcionamiento (Func.), Síntomas (Sín.), Satisfacción Personal (SP.), Ecuanimidad (E), Sentirse bien solo (SS.), Confianza en sí mismo (CM.), Perseverancia (P).

Se observa que se encuentra un nivel de correlación leve negativa con una significancia del 99%, entre la variable Estado Global de Salud y Ecuanimidad con una $r = -.368$, $p < 0.01$; lo que significa que las dos variables van en dirección opuesta; sin embargo, la variable de Funcionamiento y Ecuanimidad tienen una correlación moderada positiva $r = .537$, $p < 0.01$; así mismo, la variable de Funcionamiento y Sentirse bien solo, tienen una correlación alta positiva $r = .722$, $p < 0.01$. Además, entre Síntomas y Ecuanimidad tienen una correlación positiva alta $r = .771$, $p < 0.01$, lo que puede significar que mientras más síntomas presentes la persona, existirá

mayor ecuanimidad, pues se relaciona con la manera de manejar las situaciones que se le presenten y la perspectiva que tenga.

De modo idéntico, se evidencia que también existen correlaciones entre las variables de los mismos instrumentos, tenemos una correlación negativa leve $r = -.328$, $p < 0.01$ entre la Escala Global de Salud y Síntomas que pertenecen al cuestionario de calidad de vida QLQC-30, lo cual tiene relación, pues mientras menos sintomatología la percepción del estado de salud será buena. También existe una correlación positiva moderada $r = .411$, $p < 0.01$, entre la variable Satisfacción personal y Confianza en sí mismo. Por otra parte, existe una correlación positiva moderada $r = .510$, $p < 0.01$ entre Ecuanimidad y Sentirse bien solo, lo que representa que, a mayor ecuanimidad, mayor será la satisfacción de libertad al sentirse bien solos. Finalmente, se evidencia que entre Perseverancia y confianza en sí mismo, existe una correlación positiva alta $r = .749$, $p < 0.01$.

Relación entre el sexo y la Resiliencia

Tabla 17.

Tabla cruzada Sexo y Resiliencia

		Sexo		
		Masculino	Femenino	Total
Resiliencia	Alta	9	21	30
	Moderada	9	24	33
	Escasa	0	7	7
	Total	18	52	70

Fuente: elaboración propia

Como se evidencia en la tabla 17, el sexo femenino con 21 personas representa la mayoría con resiliencia alta, debido a que la mayoría de mujeres tienen el apoyo de sus familias y saben afrontar las adversidades con aprendizaje. Así mismo, se refleja que el sexo femenino con 24 personas y el sexo masculino con 9 personas tienen resiliencia moderada, esto puede deberse a la esperanza que tienen de vida. Por último, solamente 7 personas del sexo femenino tienen escasa resiliencia. Es importante considerar que la mayoría de individuos encuestados son mujeres.

Tabla 18.*Prueba de chi-cuadrado*

	<i>Valor</i>	<i>df</i>	<i>Significación asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	<i>2,753 a</i>	<i>2</i>	<i>0,252</i>
<i>Razón de verosimilitud</i>	<i>4,482</i>	<i>2</i>	<i>0,106</i>
<i>Asociación lineal por lineal</i>	<i>1,669</i>	<i>1</i>	<i>0,196</i>
<i>N de casos válidos</i>	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable sexo y la variable resiliencia, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, el sexo no está asociado a la resiliencia. Como se visualiza en la tabla (Chi cuadrado = 2,75; $p= 0,25$) por lo tanto, son independientes el sexo y la resiliencia, se acepta la hipótesis nula, nuestro valor p es superior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Relación entre diagnóstico de cáncer y Resiliencia

Tabla 19.*Tabla cruzada Diagnóstico y Resiliencia*

		Diagnóstico						
		Cérvix	Colon	Endometrio	Estómago	Ganglios	Leucemia	Linfoma Hodking
Resiliencia	Alta	3	2	1	2	0	0	0
	Moderada	4	3	0	1	1	1	2
	Escasa	2	0	0	0	0	0	0
Total		9	5	1	3	1	1	2

Fuente: elaboración propia

Tabla 20.*Tabla cruzada Diagnóstico y Resiliencia*

		Diagnóstico								Total
		Mama	Ovario	Páncreas	Pulmón	Piel	Útero	Tiroides	Próstata	
Resiliencia	Alta	15	2	0	2	0	0	1	2	30
	Moderada	8	1	1	0	1	2	6	0	33
	Escasa	3	2	0	0	0	0	0	0	7
Total		26	5	1	2	1	2	7	2	70

Fuente: elaboración propia

Como se evidencia en las tablas 19 y 20, 4 mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix tienen resiliencia moderada, 3 individuos con diagnóstico de cáncer de colon tienen resiliencia moderada, 1 persona con diagnóstico de cáncer de endometrio tiene resiliencia alta, 2 personas con cáncer de estómago de igual manera tienen alta resiliencia. Por otro lado, dos personas con linfoma hodking tienen resiliencia moderada, un número representativo que es 15 mujeres con cáncer de mama tienen alta resiliencia, de igual manera dos mujeres con cáncer de ovario tienen este mismo nivel de resiliencia. Una persona con cáncer de páncreas tiene resiliencia moderada, dos con cáncer de pulmón tienen alta resiliencia, una con cáncer de piel tiene moderada resiliencia, dos con cáncer de útero resiliencia moderada, seis con cáncer de tiroides resiliencia moderada y finalmente dos personas con cáncer de próstata tienen alta resiliencia.

Tabla 21.*Prueba de chi-cuadrado*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,339 a	30	0,308
Razón de verosimilitud	38,453	30	0,138
Asociación lineal por lineal	0,086	1	0,770
N de casos válidos	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable diagnóstico de cáncer y la variable resiliencia, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, el diagnóstico de cáncer no está asociado a la resiliencia. Como se visualiza en la tabla ($\chi^2 = 3,33$; $p = 0,30$) por lo tanto, son independientes el diagnóstico y la resiliencia, se acepta la hipótesis nula, nuestro valor p es superior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Relación entre etapa de la enfermedad y Resiliencia

Tabla 22.

Tabla cruzada Etapa y Resiliencia

		<i>Etapa de la enfermedad</i>				<i>Desconoce</i>	<i>Total</i>
		<i>Etapa uno</i>	<i>Etapa dos</i>	<i>Etapa tres</i>	<i>Etapa cuatro</i>		
<i>Resiliencia</i>	<i>Alta</i>	1	6	15	3	5	30
	<i>Moderada</i>	1	6	7	4	15	33
	<i>Escasa</i>	0	1	4	1	1	7
<i>Total</i>		2	13	26	8	21	70

Fuente: elaboración propia

Como se evidencia en la tabla 22, la mayoría de encuestados (26) se encontraban en la etapa tres de la enfermedad, 15 de ellas tienen resiliencia alta, 7 resiliencia moderada y las 4 restantes escasa resiliencia. 21 personas desconocían la etapa en la que se encontraban; sin embargo, 15 de ellas tienen resiliencia moderada. 13 personas que se encuentran en la etapa dos, 6 tienen resiliencia alta, 6 moderada y 1 escasa. 8 personas que se encuentran en la etapa cuatro, 4 tienen resiliencia moderada, 3 resiliencia alta y 1 escasa resiliencia. Por último, dos personas que están en la etapa uno, una tiene resiliencia alta y la otra resiliencia moderada.

Tabla 23.*Prueba de chi-cuadrado*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9, 775 a	8	0,281
Razón de verosimilitud	10, 277	8	0,246
Asociación lineal por lineal	1, 479	1	0,224
N de casos válidos	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable etapa del cáncer y la variable resiliencia, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, la etapa de la enfermedad no está asociado a la resiliencia. Como se visualiza en la tabla (Chi cuadrado = 9, 77; $p= 0,28$) por lo tanto, son independientes la etapa y la resiliencia, se acepta la hipótesis nula, nuestro valor p es superior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Relación entre Sexo y Síntomas

Tabla 24.*Tabla cruzada Sexo y Síntomas*

		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
Síntomas	Alto	0	2	2
	Moderado	0	6	6
	Bajo	14	31	45
	Ausente	4	13	17
Total		18	52	70

Fuente: elaboración propia

Como se visualiza en la tabla 24, existen 31 personas del sexo femenino y 14 del sexo masculino, tienen síntomas en un nivel bajo, lo que significa algo positivo porque al tener menos síntomas su funcionamiento en la vida cotidiana es mayor,

porque podrán realizar todas sus actividades sin ninguna dificultad. 13 mujeres y 4 hombres tienen ausencia de síntomas, esto puede deberse a que la enfermedad no está tan avanzada o a que el tratamiento les ha ayudado a tener mejoría con respecto a sus síntomas. Así mismo, 6 mujeres están en un nivel moderado y solamente dos personas presencian síntomas en un nivel alto, lo que dificulta su día a día.

Tabla 25.

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3, 498 a	3	0,321
Razón de verosimilitud	5, 458	3	0,141
Asociación lineal por lineal	0, 824	1	0, 364
N de casos válidos	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable sexo y la variable síntomas, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, el sexo no está asociado a los síntomas. Como se visualiza en la tabla (Chi cuadrado = 9,77; $p= 0,28$) por lo tanto, son independientes el sexo y los síntomas, se acepta la hipótesis nula, nuestro valor p es superior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Relación entre Diagnóstico y Síntomas

Tabla 26.

Tabla cruzada Diagnóstico y Síntomas

		Diagnóstico						
		Cérvi x	Colon	Endometrio	Estómag o	Ganglio s	Leucemi a	Linfom a Hodkin g
<i>Síntoma</i>	Alta	0	0	0	0	0	0	0
	Moderad a	2	0	1	0	0	0	0
	Bajo	5	4	0	2	0	2	2
	Ausente	2	1	0	1	1	0	0
Total		9	5	1	3	1	2	2

Fuente: elaboración propia

Tabla 27.

Tabla cruzada Diagnóstico y Síntomas

		Diagnóstico								Total
		Mama	Ovario	Páncreas	Pulmón	Piel	Útero	Tiroides	Próstata	
<i>Síntomas</i>	Alta	0	1	0	0	0	1	0	0	2
	Moderada	3	0	0	0	0	0	0	0	6
	Bajo	17	2	0	1	1	1	5	2	45
	Ausente	6	2	1	1	0	0	2	0	17
Total		26	5	1	2	1	2	7	2	70

Fuente: elaboración propia

Como se observa en la tabla 26 y 27, de las 26 personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, 17 tienen síntomas en un nivel bajo, 6 no han presenciado síntomas y 3 en un nivel moderado. En el cáncer de cervix, se mira

que 5 de las personas han tenido síntomas en un nivel bajo, 2 ausencia y dos moderadamente. Por otra parte, 5 de las personas con cáncer de tiroides tienen síntomas en un nivel bajo y 2 ausencia de síntomas. De las 5 personas con diagnóstico de cáncer de ovario, dos tienen ausencia de síntomas, dos en un nivel bajo y solo 1 en un nivel alto. Así mismo, de las 5 personas con cáncer de colon, 4 han tenido síntomas en un nivel bajo y una no los ha presenciado. En los demás diagnósticos se evidencia que la mayoría de personas se encuentran desde un nivel moderado a ausencia, lo que es positivo porque denota que llevan sus vidas sin ninguna dificultad a pesar de la enfermedad y gracias a la baja presencia de síntomas.

Tabla 28.

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50, 522 a	45	0,321
Razón de verosimilitud	35, 384	45	0,847
Asociación lineal por lineal	0, 013	1	0, 909
N de casos válidos	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable diagnóstico y la variable síntomas, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, el diagnóstico no está asociado a los síntomas. Como se visualiza en la tabla (Chi cuadrado = 50, 522; $p= 0,32$) por lo tanto, son independientes el diagnóstico y los síntomas, se acepta la hipótesis nula, nuestro valor p es superior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Relación entre Etapa de la enfermedad y Síntomas

Tabla 29.

Tabla cruzada Etapa y Síntomas

		ETAPA DE LA ENFERMEDAD					Total
		Etapa uno	Etapa dos	Etapa tres	Etapa cuatro	Desconoce	
Síntomas	Alta	0	0	1	0	1	2
	Moderada	0	2	0	2	2	6
	Bajo	1	8	17	5	14	45
	Ausente	1	3	8	1	4	17
Total		2	13	26	8	21	70

Fuente: elaboración propia

Como se observa en la tabla 29, en la etapa tres se encuentran la mayoría de los individuos, de los 26, 17 tienen síntomas en un nivel bajo, 8 ausencia de síntomas y solo 1 presencia los síntomas en un nivel alto. 21 personas tienen desconocimiento de la etapa en la que se encontraban, de las cuales 14 tienen síntomas en un nivel bajo, 4 ausencia de síntomas, dos en un nivel moderado y una en un nivel alto. Por otro lado, en la etapa dos, de las 13 personas, ocho se refleja que tienen síntomas en un nivel bajo, 3 no han experimentado síntomas y dos en un nivel moderado. De las ocho personas que se encuentran en la etapa cuatro, cinco personas consideran que sus síntomas están en un nivel bajo, dos en un nivel moderado y una en ausencia.

Tabla 30.

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,461 a	12	0,748
Razón de verosimilitud	10,423	12	0,579
Asociación lineal por lineal	1,245	1	0,264
N de casos válidos	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable etapa de la enfermedad y la variable síntomas, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, la etapa no está asociado a los síntomas. Como se visualiza en la tabla (Chi cuadrado = 8, 461; $p= 0,74$) por lo tanto, son independientes la etapa y los síntomas, se acepta la hipótesis nula, nuestro valor p es superior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Relación entre Sexo y Funcionalidad

Tabla 31.

Tabla cruzada Sexo y Funcionamiento

		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
Funcionamiento	Alto	11	14	25
	Moderado	7	30	37
	Bajo	0	7	7
	Ausente	0	1	1
Total		18	52	70

Fuente: elaboración propia

Como Se observa en la tabla 31, en el nivel alto, el sexo femenino representa la mayoría con 14 personas y 11 del sexo masculino, lo que significa que las mujeres tienen mejor funcionamiento que los hombres; así mismo, en el nivel moderado, 30 mujeres y 7 hombres tienen el funcionamiento en un nivel moderado. 7 mujeres tienen el funcionamiento en el nivel bajo, pues tienen dificultades muy severas para desempeñar su día a día o tareas del hogar y de la vida cotidiana.

Tabla 32.

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8, 040 a	3	0,045
Razón de verosimilitud	9, 617	3	0,022
Asociación lineal por lineal	7, 565	1	0, 006
N de casos válidos	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable sexo y la variable funcionamiento, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, el sexo no está asociado a la funcionalidad. Como se visualiza en la tabla (Chi cuadrado = 8, 040; $p= 0,045$) por lo tanto, no son independientes el sexo y la funcionalidad, se acepta la hipótesis alternativa, nuestro valor p es inferior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Relación entre Diagnóstico y Funcionalidad

Tabla 33.

Tabla cruzada Diagnóstico y Funcionamiento

		Diagnóstico						
		Cérvix	Colo n	Endometri o	Estómag o	Ganglio s	Leucemi a	Linfom a Hodkin g
Funcionamien to	Alta	1	4	0	0	1	0	0
	Moderad a	7	1	0	3	0	2	2
	Bajo	1	0	0	0	0	0	0
	Ausente	0	0	1	0	0	0	0
Total		9	5	1	3	1	2	2

Fuente: elaboración propia

Tabla 34.

Tabla cruzada Diagnóstico y Funcionamiento

		Diagnóstico								
		Mam a	Ovari o	Páncrea s	Pulmó n	Pie l	Úter o	Tiroide s	Próstat a	To tal
Funcionamien to	Alta	10	1	0	1	0	0	5	2	25
	Moderad a	12	3	1	1	1	1	2	0	37
	Bajo	4	1	0	0	0	1	0	0	7
	Ausente	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		26	5	1	2	1	2	7	2	70

Fuente: elaboración propia

Como se observa en las tablas 33 y 34, la mayoría de las personas tienen el funcionamiento en el nivel moderado, 12 de ellas tienen cáncer de mama, y 7 de cérvix, son los números más altos en diagnósticos. Seguido de esto, 25 personas tienen su funcionamiento en un nivel alto, de igual manera 10 con cáncer de mama

y 5 de tiroides, son los números más altos, 7 personas tienen su funcionamiento en un nivel bajo, donde 4 de ellas tienen cáncer de mama, y solamente una persona tiene ausencia de funcionamiento con un diagnóstico de cáncer de endometrio.

Tabla 35.

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	101, 119 a	45	,000
Razón de verosimilitud	46,019	45	0, 430
Asociación lineal por lineal	2, 059	1	0, 151
N de casos válidos	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable diagnóstico y la variable funcionamiento, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, el diagnóstico no está asociado a la funcionalidad. Como se visualiza en la tabla (Chi cuadrado = 101, 119; $p = 0,000$) por lo tanto, no son independientes el diagnóstico y la funcionalidad, se acepta la hipótesis alternativa, nuestro valor p es inferior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Relación entre Etapa de la enfermedad y Funcionamiento

Tabla 36.

Tabla cruzada Etapa y Funcionamiento

		ETAPA DE LA ENFERMEDAD					Total
		Etapa uno	Etapa dos	Etapa tres	Etapa cuatro	Desconoce	
Funcionamiento	Alta	1	4	9	2	9	25
	Moderada	1	6	16	5	9	37
	Bajo	0	3	1	0	3	7
	Ausente	0	0	0	1	0	1
Total		2	13	26	8	21	70

Fuente: elaboración propia

En la tabla 36 se evidencia, que 37 personas están en el nivel moderado de funcionamiento, 16 de ellas se encuentran en la etapa tres, aunque estén en una etapa avanzada de la enfermedad su funcionamiento es bueno. Además, se mira que 25 personas están en un nivel alto de funcionamiento, 9 de ellas se encuentran en la etapa tres y 4 en la etapa dos, y 9 desconocen la etapa en la que se encuentran. 7 personas tienen un funcionamiento bajo y una ausencia de funcionamiento.

Tabla 37.

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14, 135 a	12	0,292
Razón de verosimilitud	11,386	12	0, 496
Asociación lineal por lineal	0, 046	1	0, 829
N de casos válidos	70		

Fuente: elaboración propia

En esta prueba se planteó una hipótesis alternativa (H_a) que consiste en que, si existe dependencia entre la variable etapa de la enfermedad y la variable funcionamiento, mientras que la hipótesis nula (H_0) es que no existe una dependencia entre las variables, la etapa no está asociada al funcionamiento. Como se visualiza en la tabla ($\text{Chi cuadrado} = 14, 135$; $p = 0,29$) por lo tanto, son independientes la etapa y el funcionamiento, se acepta la hipótesis nula, nuestro valor p es superior a nuestro nivel de alfa que lo hemos estimado en un 0.05.

Contraste de Hipótesis

En el presente estudio se planteó la hipótesis alternativa que consiste en que: Existe una relación significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de SOLCA Tungurahua. De lado opuesto, existe una hipótesis nula (H_0): No existe una relación significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de SOLCA Tungurahua.

Los resultados obtenidos de la investigación en base al análisis estadístico realizado, se encontraron correlaciones significativas entre la resiliencia y la calidad de vida. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

- La recapitulación de los principales hallazgos de las revisiones bibliográficas concluye que, las personas que tienen resiliencia se caracterizan por tener optimismo ante las dificultades de la vida, inteligencia emocional, gran capacidad de regulación emocional y por supuesto, una elevada autoestima conducida por una autonomía que se refleja al momento de la toma de decisiones. Es así que, al tener estas características las personas con una enfermedad catastrófica como es el cáncer afrontarán su diagnóstico y la enfermedad de una manera positiva, al tener una enfermedad severa la calidad de vida se ve amenazada por la presencia de los efectos secundarios de la enfermedad.
- En lo referente a los datos sociodemográficos de la muestra, se concluye que existió una gran prevalencia del sexo femenino con el 73,3%, además que la mayoría de los participantes tienen un nivel de instrucción del tercer nivel con el 45,7%. Con respecto a la identificación étnica se evidenció que predomina la raza mestiza con el 92,9%. Por otro lado, en cuanto al estado civil se observó que el 42,9% de la muestra se encuentra casados y tienen establecido un hogar con aproximadamente dos hijos. Por último, en los pacientes prevalece el diagnóstico de cáncer de mama con el 37,1%, con la consideración de que casi todos asisten periódicamente a sus revisiones y tratamientos.
- En el estudio de los resultados de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER) se encontró que el 48,6% de la muestra que consiste en pacientes oncológicos tienen un nivel de resiliencia moderado, seguido del 44,3% con resiliencia alta, mientras que solo el 7,1% tiene escasa resiliencia, lo que indicó que la muestra estudiada tiene una gran capacidad para afrontar los problemas. De igual manera, en el puntaje global se encontró ($M= 146,14$; $Ds=15,06$), pues la muestra en general tiene un nivel de

resiliencia moderado acorde a las puntuaciones del test. Igualmente, se concluye que la muestra tiene un nivel de perseverancia alta.

- Según los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida QLQC-30 se encontró que en el Área de Síntomas el 64,3% tiene un bajo nivel de manifestaciones clínicas, seguido de un 24,3% que tiene ausencia de síntomas, lo que representa que, durante la última semana, los pacientes no han experimentado los efectos secundarios del tratamiento. Así mismo, en el Área de Funcionamiento se evidenció que el mayor porcentaje que es el 52,9% tiene un nivel moderado de funcionamiento, pues no tiene dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana y actividades que requieran gran esfuerzo. Con respecto al Estado Global de Salud se obtuvo una ($M=10,30$; $Ds=2,08$), lo que refleja que los participantes tienen mayor puntuación en la Escala de Funcionamiento, la cual está asociado a una mejor calidad de vida.
- Con respecto al análisis correlacional entre la resiliencia y la calidad de vida, se encontraron correlaciones significativas entre las variables, por lo que se apreció que entre Funcionamiento y Ecuanimidad hubo una correlación moderada de $r=.537$, $p<0-01$ y entre Funcionamiento y Sentirse bien solo, con una correlación positiva alta $r=.722$. Además, entre Síntomas y Ecuanimidad también existió una correlación alta con $r=-.771$, $p<0-01$, es así que se confirma la hipótesis planteada en la investigación.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Institución SOLCA Tungurahua, mejorar la calidad de servicio a los pacientes y usuarios, con el fin de que los mismos reciban eficacia en la atención e información con respecto a sus enfermedades, diagnósticos y controles.
- Se recomienda realizar charlas psicoeducativas y preventivas con respecto a la salud física y mental de los pacientes, de esta manera las personas que atraviesan una enfermedad catastrófica sepan utilizar recursos psicológicos para afrontar la situación y además concienticen en la importancia de la realización de exámenes y controles anuales referente a enfermedades.
- Se recomienda a los investigadores que quieran realizar un estudio similar y con las mismas características, que aumenten el número de la muestra, la población fue un limitante por su condición hospitalaria. Al aumentar el número de participantes los resultados y correlaciones serán significativas.
- Se recomienda efectuar futuras investigaciones con un enfoque cualitativo para que las variables implicadas sean analizadas más ampliamente y que no solamente se vean reflejadas en números estadísticos, sino que se comprenda el nivel de profundidad del análisis.
- Se recomienda realizar una investigación enfocada en el aspecto cognitivo de los pacientes con diagnóstico de cáncer, los participantes han manifestado que los tratamientos contra esta enfermedad han llegado a afectar su memoria.
- Se recomienda, realizar una investigación similar, pero con niños, para conocer cuáles son las estrategias y recursos que ellos utilizan para afrontar esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, G., Aignerren, M., y Ruiz Restrepo, J. (2010). EXPERIMENTAL Y NO-EXPERIMENTAL. *La Sociología En Sus Escenarios*. 2(18). Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6545>
- Aguilar, J. M., Álvarez, J., y Lorenzo, J. J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International journal of developmental and educational psychology*. 4(1), pp. 161-168. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832331017.pdf>
- Álava, E., y Olvera, L. (2019). *Incidencia de calidad de vida en pacientes con enfermedades catastróficas no transmisibles del “área de observación 2” del Hospital General Guasmo Sur en el primer semestre del 2019*. Universidad Técnica de Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6561>
- Anta Aguado, L. (2021). El impacto psicosocial de la enfermedad oncológica en los niños y sus familiares [Tesis de pregrado]. Recuperado de [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/146689/TFG_AntaAguadoL_ImpactoPsico social.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/146689/TFG_AntaAguadoL_ImpactoPsico%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Arango, N., y Velasque, J. (2022). Calidad de vida en pacientes oncológicos de un Instituto Especializado de Lima, 2022 (Tesis de Grado). Recuperado de <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/916/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arita, B. (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*. 7(14), pp. 73-79.
<https://www.redalyc.org/pdf/804/80401407.pdf>

Avila, H. F., González, M. M., y Licea, S. M. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿métodos o técnicas de indagación empírica? *Revista Didascalía: didáctica y educación ISSN 2224-2643*. 11(3), pp. 62-79. Recuperado de <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/992/997>

Bairero, M. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed*. 21(6).
Recuperado de <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688>

Bannura, G., Cumsille, M. A., Contreras, J., Barrera, A., Melo, C., Soto, D., y Zúñiga, C. (2008). Valor pronóstico de la Clasificación TNM 2002 en cáncer de colon y recto: Análisis de 624 pacientes. *Revista chilena de cirugía*. 60(3), 202-211.
Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262008000300007yscript=sci_arttext&lng=en

Bautista, L. M. (Junio de 2017). La calidad de vida como concepto . *Revista Ciencia y Cuidado*. 14(1), pp. 5-8. doi:<https://doi.org/10.22463/17949831.803>

Bermudez, H. Moreno, J., y Angarita, A. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enfermería global*. 12(2). Recuperado de

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1695-61412013000200014

Bravo, A., y Sánchez, R. (22 de Octubre de 2021). La importancia de la resiliencia y el optimismo en los comportamientos saludables en el paciente con cáncer. *Psicología y Salud* . 33(1), pp. 5-16. doi:<https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2724>

Burga, I., Sánchez, T., y Jaimes, J. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en un hospital de EsSalud de Lima. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*. 1(2). Recuperado de https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsicologia/article/view/864

Cáceres, F., Parra, L., Pico, O. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista Salud Pública*. 20(2), pp. 147-154. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.43391>

Cala, M. L. P. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 20(1), pp. 203-216. Recuperado de <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3600/5453>

Calero, N., Manrique, A., y Obrero, A. (2019). Papel de la resiliencia en la evolución de los pacientes con cáncer. *Enfermería Oncológica*. 21(2), pp. 52-57. <https://doi.org/10.37395/seeo.2019.0004>

Cárdenas, L., y Mendoza, C. (2019). *Depresión y resiliencia en pacientes oncológicos de un hospital de Huancayo-2019*. Universidad Peruana Los Andes. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1343>

Casas, J., Repullo, J., y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*. 31(8), pp. 527-538. Recuperado de <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>

Chacón, M. (2009). Cáncer: reflexiones acerca de incidencia, prevención, tratamiento y mitos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*. (37), pp. 181-193. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/185/18516803007.pdf>

Chiroque, M. (2020). Niños con discapacidad: resiliencia y calidad de vida según la experiencia de los padres. *CASUS: Revista de investigación y casos en salud*. 5(2), pp. 50-59. DOI: 10.35626/casus.2.2020.235

Colombre, A., Hauché, R., y Gago, L. (Julio de 2021). Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Adolescentes con Cáncer . *Psicología UNEMI*. 5(9), 36-45. doi:<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp36-45p>

De la Garza Salazar, J. G., y Juárez Sánchez, P. (2013). *El cáncer*. Recuperado de http://eprints.uanl.mx/3465/1/EI_Cancer.pdf

Espinosa, R. (2017). Cáncer de mama. *Revista Médica Sinergia*. 2(1), pp. 8-12.

<https://www.medigraphic.com/cgi->

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81708](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81708)

Estrada, E. (2020). Inteligencia emocional y resiliencia en adolescentes de una institución educativa pública de puerto Maldonado. *Ciencia y Desarrollo*.

23(3), pp. 28-35. <http://dx.doi.org/10.21503/cyd.v23i3.2139>

Fernández, M., Regueira, S., y Torres, M. (2016). Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello*

Vidaurreta.

41(11).

Recuperado

de

<https://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/940>

Figueroa, N., y Guevara, M. (2018). *Relación del nivel de actividad física entre niños y niñas de primer año de escuela, durante las clases de educación física, como factor protector de enfermedades crónicas no transmisibles*. Instituto

universitario asociación cristiana de jóvenes.

http://accede.iuacj.edu.uy/bitstream/handle/20.500.12729/256/TFG_2018_F

[igueroa_Guevara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://accede.iuacj.edu.uy/bitstream/handle/20.500.12729/256/TFG_2018_Figueroa_Guevara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Flores, V. (2020). *Calidad de vida y resiliencia en pacientes oncológicos de la Fundación FUDIS de la ciudad de Quito*. Universidad Central del Ecuador.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21353/3/T-UCE-0007-CPS->

[274.pdf](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21353/3/T-UCE-0007-CPS-274.pdf)

Foronda, D., y Vélez, C. (2021). Origen del concepto de resiliencia y crítica a su apropiación en los proyectos educativos de Medellín. *Revista Boletín Redipe*. 10(5), pp. 83-100. <https://doi.org/10.36260/rbr.v10i5.1285>

Gaibor, I., y Páez, L. (2018). *Apoyo social y su relación con la resiliencia en pacientes oncológicos*. <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/28946>

García, M. C., y Domínguez de la Ossa, E. D. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*. 11(1), pp. 63-77. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-DesarrolloTeoricoDeLaResilienciaYSuAplicacionEnSit-4220133.pdf>

Garrido Landavar, E., Pruja, E., Marcos, M., Tejedor, M., y Arias, F. (2000). El Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 (Versión 2.0). Estudio psicométrico con pacientes con cáncer de mama. *Clínica y Salud*. 11(3), pp. 329-349. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/74db120f0a8e5646ef5a30154e9f6deb>

Garrido, Á. B., Tejada, J. C. P., Berta, J. E., Jimenez, A. M. F., Bernal, A. G., y Ramírez, C. P. (2018). Actualización en la estadificación del cáncer de pulmón: TNM 8ª Edición. *Seram*. 2(1). <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/7147/5613>

- Gavilanes, D., y Villegas, A. (2023). Un Enfoque de adopción para el Ecuador basado en la resiliencia. *Veritas y Research*. 5(1), pp. 1-3. <http://revistas.pucesa.edu.ec/ojs/index.php?journal=VRypage=articleyop=vi ewypath%5B%5D=130>
- Godoy, M. J., Rojas, A. J., García, J. L., y Cabrera, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del EORTC QLQ-C30: medida de la calidad de vida en pacientes oncológicos avanzados. *Revista de Psicología de la Salud*. 11(1), pp. 125-139. Recuperado de <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/796/1141>
- Gómez Díaz, M., y Jiménez García, M. (2018). Inteligencia emocional, Resiliencia y Autoestima en personas con discapacidad física y sin discapacidad. *Enfermería global*. 17(50), pp. 263-283. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/1695-6141-eg-17-50-263.pdf>
- González, B. S. (2006). TNM. Escala de estadiaje del cáncer. *La Coruña, España*. Recuperado de <https://meiga.info/escalas/TNM.pdf>
- Gracia, A., Hué, C., Ramiro, M., Charro, L., Aguilera, F y Ríos, M. (2009). Cáncer Colorrectal. Recuperado de https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/Libro_CUESTIONES_COLORRECTAL.PDF

Gutiérrez, L., Gutiérrez, D., Rico, R., Rodríguez, C., Albarrán, Y., Soto, B., y Duran, V. (2021). Descubrimiento de conocimiento en incidencia de tipo de cáncer para pacientes terminales mediante minería de datos. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*. 28(1). <https://doi.org/10.30878/ces.v28n1a5>

Hauché, A., y Grago, V. (2021). Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad. *Revista De Psicología*. 21(1), pp. 48-64. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe104>

Hauché, R., y Pedrón, V. (14 de Junio de 2022). Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad. *Revista de Psicología*. 21(1), pp. 48-64. doi:<https://doi.org/10.24215/2422572Xe104>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México, Cámara Nacional de la Industria Editorial. Recuperado de https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México, Espacio de Formación Multimodal (6 ed., págs. 88-101). Recuperado de http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2792/510_06_color.pdf

- Iglesias, E. B. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146. Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4024-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7400-1-10-20130211%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4024-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7400-1-10-20130211%20(1).PDF)
- López López, A. B. (2014). Calidad de vida en el paciente oncológico (Tesis de grado). Universidad de Valladolid. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5160/TFG-H9.pdf;jsessionid=32AE8A537F750F7F5F70D349B508B696?sequence=1>
- Lozano, M., Rodríguez, G., Domínguez, O., y Gómez, J. (2019). Los servicios ecosistémicos en manglares: beneficios a la resiliencia del ecosistema ante cambios climáticos, a la comunidad y su desarrollo local. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*. 2(2), pp. 120-127. <http://remca.umet.edu.ec/index.php/REMCA/article/view/139>
- Maldonado, J. (2023). *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama tratadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Centro, Concepción*. Lima, Perú. Obtenido de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6441/UNFV_FMHU_Maldonado_Palomino_John_Julio_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martín, A. N., y Hernández, J. A. T. (2018). Características de la resiliencia familiar en pacientes oncológicos pediátricos: una revisión

sistemática. *Psicooncología*, 15(2), p. 23. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/61431>

Martín, A., y Tamayo, J. A. (2018). Características de la resiliencia familiar en pacientes oncológicos pediátricos: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(2), 23. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/61431/4564456548059>

Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O., y Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 13(1). 53-58. https://www.researchgate.net/profile/Ana-Rodriguez-Velazquez/publication/285579901_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia/links/565f751708ae1ef929855447/Impacto-psicologico-del-cancer-de-mama-y-la-mastectomia.pdf

Mayorga, M., y Peñaherrera, A. (2019). Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos y Cuidadores Primarios. *Revista Griot*. 12(1), pp. 16-30. Obtenido de <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/16986/15093>

Mazo, Y., Mejía, L., y Muñoz, Y. (2019). Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. *Revista Poiésis*. 36(1), pp. 98-110. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.3192>

Mejía, M., Contreras, A., y Hernández, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*. 40(2), pp. 349-361. doi: 10.7705/biomedica.4971

Meneses, J. (2013). Aproximación histórica y conceptos básicos de la psicometría. *Psicometría*. Barcelona: Editorial UOC, 25-73. Recuperado de <https://acortar.link/EZrpGr>

Molero Osorio, M. (2018). *Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica oncosalud del distrito de San Borja, 2017* (Tesis de grado). Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Recuperado de http://168.121.45.184/bitstream/handle/20.500.11818/2309/TRAB.SUF.PR_OF._MARIELA%20MOLERO%20OSORIO.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Morán, M., Finez, F., Menezes, E., Pérez, M., Urchaga, J., Vallejo, G. (2019). Estrategias de afrontamiento que predicen mayor resiliencia. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 4(1). 83–190. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v4.1542>

Núñez Peña, M. I. (2011). *Diseños de investigación en Psicología*. Universidad de Barcelona. Recuperado de <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/20322>

Ortega, Y., Montes de Oca, E., Armenteros, M., Alfonso, N., Menocal, J., y Olazabal, E. (2018). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de esófago tratados con endoprótesis autoexpandibles. *Revista Archivo Médico*

de *Camagüey*. 22(6), pp. 822-830. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1025-02552018000600822

Osorio, B., Bello, H., y Vega, B. (2020). Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 36(2), pp. 1-13. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101607>

Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), pp. 227-232. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000100037yscript=sci_arttextytlng=pt

Palma, D. d. (2022). *Resiliencia y estilo de vida en mujeres post tratamiento de cáncer de mama de un hospital de Cuenca, 2022*. Lima, Perú. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/93996/Palma_FDDC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parra-Baltazar, I., Pinto-Dongo, C., y Quispe-Iporra, S. (2016). Ley de cobertura universal de enfermedades de alto costo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), pp. 379-380. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/363/36346797029.pdf>

Polanía, C., Cardona, F., Castañeda, G., Vargas, I., Calvache, O., y Abanto, W. (2020). *Metodología de investigación Cuantitativa y Cualitativa*. Colombia. Recuperado de <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/596>

Puente, J y Velasco, G (2019). Qué es el cáncer y cómo se desarrolla [Sitio Web]. Recuperado de <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-comose-desarrolla>

Ramírez, A., Malo, A., Martínez, P., Montánchez, M., Torracchi, E., González, F. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 39(8), pp. 954-962. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55969796006>

Ramírez, M., González, N., Ruíz, A., Oudhof, H., y Barcelata, B. (2023). Resiliencia y Enfermedades Crónicas. Una revisión sistemática. *Ciencia ergo-sum*. 30(1), pp. 1-13. <https://doi.org/10.30878/ces.v30n1a4>

Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica, Scientific research paradigmas. *Revista científica psicológica*, 1-42. Recuperado de <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/167/159>

Ramos, C. A. (2020). Los alcances de una investigación. *Ciencia América. Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(3), 1-6. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746475>

Roberto, M. (2018). *Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia*. Universidad de Lima. http://repositorio-anterior.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/5848/Roberto_Belmont_Michele_Stefano.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodas, M. (Abril de 2018). Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2018. *Revista de Facultad de Ciencias Médicas*. 38(1), pp. 1-10. Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3136>

Rodríguez, E. (2018). Programa en resiliencia y perseverancia para docentes noveles. *Universidad de Jaén*. <https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/16129>

Rodríguez, S., García, G., Salcedo, Q., Rosell, N. y Pons, P. (2018). Caracterización clínica, tomográfica e histopatológica de pacientes con cáncer de pulmón. *MediSan*. 22(9), pp. 1138-1147. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84111>

- Rodríguez1, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M., y Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Revista Evaluar*. 9(1), pp. 72–82. Recuperado de <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v9.n1.465>
- Rondón, L., Aguirre, B., y García, F. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 53(5), pp. 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.005>
- Rueda, P., y Cerezo, M. (Julio de 2020). Resiliencia y cáncer: una relación necesaria . *Escritos de Psicología*. 13(2), pp. 90-97. doi:<https://doi.org/1024310/espsiescpsi.v13i2.10032>
- Ruiz, P., Zayas, A., Morales, L., Gil, P., y Guil, R. (2019). Resiliencia como predictora de depresión en mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 4(1), pp. 75-84. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349861666008>
- Salazar, K. (2020). La resiliencia: una alternativa en tiempos de COVID-19 [Sitio Web]. Recuperado de https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-05/crim_010_karla-salazar_la-resiliencia_06052020.pdf

Sat-Muñoz, D., Morán Mendoza, A. D. J., Solano-Murillo, P., Balderas-Peña, L. M., Rivera-Morales, D., Iñíguez-Virgen, A., ... y García de Alba-García, J. E. (2012). Papel del cuestionario EORTC QLQ-C30 en la predicción de riesgo de desnutrición en pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello. *Nutrición Hospitalaria*. 27(2), pp. 477-482. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0212-16112012000200019

Simón, M., Fuentes, R., Garrido, M., Serrano, M., Larrañaga, E., y Yubero, S. (2018). Influencia de la resiliencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. *Enfermería Clínica*. 28(5), pp. 283-291. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.06.003>

Suquillo Lugmaña, K. M. (2019). *Niveles de resiliencia en pacientes con diagnóstico de cáncer que reciben tratamiento oncológico en hospitalización en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo* (Tesis de Grado). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19814>

Uribe Marín, W. L., Morales Zapata, K. Y., y Salazar Gaviria, A. M. (2018). Factores resilientes que permiten mejorar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados. Recuperado de https://bibliotecadigital.iue.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12717/360/1/iue_ep_pre_psi_uribe_2018_factores_resilientes.pdf

- Vara, M. C. R., y Rodríguez, J. M. A. (2011). Validación psicométrica de la Escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 11(1), pp. 51-65. Recuperado de <https://www.masterforense.com/pdf/2011/2011art3.pdf>
- Vinaccia, S., Gutiérrez, K., y Escobar M. (2021). Calidad de vida, resiliencia y depresión en adultos mayores de Montería, Colombia. *Diversitas: Perspectivas de Psicología*. 17(2), pp. 51-61. <https://doi.org/10.15332/22563067.7079>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*. 15(2), 207-220. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29115205.pdf>
- Yáñez, R. (2019). *Construcción de la resiliencia en los voluntarios de la Junta Provincial Pichincha-Cantón Quito Cruz Roja Ecuatoriana*. Universidad Internacional SEK. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3341/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n%20Rebeca%20Y%C3%A1nez.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1:

Consentimiento Informado

Fecha: ___/___/___

Reciba un cordial saludo, con el propósito de realizar un estudio sobre **La Resiliencia y Calidad de vida en pacientes oncológicos**, a cargo de Paula **Alejandra Rivera Cáceres**, estudiante de octavo semestre de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica Sede-Ambato. Se solicita muy comedidamente, su autorización para participar en el presente estudio, el cual tiene fines únicamente de carácter investigativo. Por tanto, la información será de carácter anónimo y de estricta confidencialidad. Su aporte será muy significativo y contribuirá al planteamiento de futuras propuestas de intervención.

Si usted acepta contribuir con la investigación, se le solicitará responder a una encuesta sociodemográfica y a 2 instrumentos: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Calidad de Vida QLQ-30.

Para continuar, marque con una x en el casillero correspondiente.

_____ Acepto

_____ No acepto

ANEXO 2:**Encuesta Sociodemográfica**

Instrucción: Marque con una X en la respuesta que le corresponda y conteste en los espacios en blanco.

1. DATOS INFORMATIVOS

¿Cuál es su edad? _____

Sexo: Femenino __ Masculino __

Nivel de instrucción: Sin estudios __ Primaria __ Secundaria __
Tercer Nivel __ Cuarto Nivel __

Identificación étnica: Mestizo __ Indígena __ Afro ecuatoriano __ Blanco __

Sector de residencia: Zona Urbana __ Zona Rural __

2. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Estado civil: Soltero (a) __ Unió libre __ Casado (a) __ Separado (a) __
Divorciado (a) __ Viudo (a) __

Número de hijos: _____

¿Con quién vive? Padres __ Pareja __ Solo (a) __ Hijo (a) __ Abuelos __
Tíos __ Sobrinos __ Otros __

¿Con quién pasa la mayor cantidad de tiempo?

Antecedentes de enfermedades importantes en la familia: SI __ NO __

En caso de haber respondido Sí en la pregunta anterior, especificar que enfermedad.

Enfermedad: _____ ¿Quién? _____

3. SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA

¿Cómo calificaría la situación económica de la familia?

Muy buena __ Buena __ Regular __ Deficiente __

¿Cuál es su profesión? _____

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Cuántas horas trabaja al día? _____

4. DATOS DE SALUD

Apreciación de su salud: Muy buena ___ Buena ___ Regular ___ Deficiente ___

¿Cuántas horas duerme por la noche?

4 horas___ 5 horas___ 6 horas___ 7 horas___ 8 horas___ Más de 8
horas___

¿Considera que su tratamiento oncológico ha influido en su calidad del
sueño? Sí___ No___

¿Cómo evaluarías tus hábitos alimenticios?

Excelentes___ Buenos___ Regulares___ Malos___ Pésimos___

¿Qué tipo de alimentos prefiere comer?

Vegetales___ Frutas___ Otros___ y especifique _____

¿Qué tipo de alimentos tiene restringido comer?

¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

Deporte ___ Caminar ___ Salir con amigos ___ Ir al cine ___ Leer ___ Escuchar música
___ Ver televisión ___ Tiempo familiar ___ Dormir ___ Voluntariado ___ Otros ___

Usted consume:

Tabaco: Sí, con frecuencia___ Regularmente___ Nunca___

Alcohol: Sí, con frecuencia___ Regularmente___ Nunca___

Otras sustancias: Sí, con frecuencia___ Regularmente___ Nunca___

Diagnóstico Oncológico: Mama ___ Tiroides ___ Colon/Digestivo ___ Próstata ___
Cérvix ___ Pulmón ___ Páncreas ___

Hace que tiempo fue diagnosticado:

0-2 meses ___ 3-5 meses ___ 6-8 meses ___ 9-12 meses ___ Mayor
a un año ___

En qué etapa de enfermedad se encuentra:

I ___ II ___ III ___ IV ___ Desconoce ___

Hace que tiempo empezó el tratamiento oncológico:

0-2 meses ___ 3-5 meses ___ 6-8 meses ___ 9-12 meses ___ Mayor
a un año ___

Tratamientos Administrados: Radioterapia ___ Quimioterapia ___ Inmunoterapia
___ Terapia hormonal ___ Trasplante de células madre ___ Cirugía ___ Otros: ___

¿Asiste periódicamente a las sesiones de su tratamiento oncológico?

Si ___ No ___ A veces ___

¿Cuenta con los medios económicos para cubrir gastos derivados de su tratamiento oncológico?

Si ___ No ___ A veces ___

¿Se mantiene motivado al cumplir su tratamiento oncológico?

Si ___ No ___ A veces ___

ANEXO 3:**EORTC QLQ-C30**

Estamos interesados en conocer aspectos importantes sobre su salud y calidad de vida. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, escriba una x en el lugar que mejor se aplique a su caso. No existen respuestas buenas o malas, todas sus respuestas son válidas. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?				
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?				
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?				
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla la mayor parte del día?				
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?				

DURANTE LA SEMANA PASADA:				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?				
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de tiempo libre?				
8. ¿Ha tenido la sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?				
9. ¿Ha tenido dolor?				
10. ¿Ha necesitado parar para descansar?				
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?				
12. ¿Se ha sentido débil?				
13. ¿Le ha faltado el apetito?				
14. ¿Ha tenido náuseas?				
15. ¿Ha vomitado?				
16. ¿Ha estado estreñido?				

DURANTE LA SEMANA PASADA:				
	Nada	Un Poco	Bastante	Mucho
17. ¿Ha tenido diarrea?				
18. ¿Se ha cansado/a?				
19. ¿Ha interferido algún dolor en sus actividades diarias?				
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?				
21. ¿Se ha sentido nervioso/a?				
22. ¿Se ha sentido preocupado/a?				
23. ¿Se ha sentido irritable?				
24. ¿Se ha sentido deprimido/a?				
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?				
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?				
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?				
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?				

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valora su condición física general la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

ANEXO 4:**Escala de Resiliencia de Wagnild y Young**

Instrucciones: A continuación, se les presentará una serie de frases a las cuales usted responderá. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo permitirán conocer su opinión personal sobre sí mismo(a). Por favor, lea las siguientes afirmaciones, a la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Se agradece por su colaboración.

Marque con una X en la respuesta adecuada.		En desacuerdo			De acuerdo			
1	Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2	Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
3	Dependo más de mí mismo(a) que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
4	Es importante para mí mantenerme interesado(a) en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
5	Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6	Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
7	Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7
8	Soy amigo(a) de mí mismo(a)	1	2	3	4	5	6	7
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10	Soy decidido(a)	1	2	3	4	5	6	7
11	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12	Tomo las cosas uno por uno	1	2	3	4	5	6	7
13	Puedo enfrentar las dificultades porque los he experimentado anteriormente	1	2	3	4	5	6	7
14	Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
15	Me mantengo interesado(a) en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16	Por lo general encuentro algo de que reírme	1	2	3	4	5	6	7
17	El creer en mí mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21	Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22	No me lamento de las cosas por lo que no pudo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	1	2	3	4	5	6	7



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**
Seréis mis testigos

AMBATO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Ambato, 17 de febrero de 2023
ES-102-2023

Ingeniero
Galo Sánchez
DIRECTOR
SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER "SOLCA"
Presente -

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes conformamos la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Ambato.

El motivo del presente es para solicitarle se autorice que la señorita Paula Alejandra Rivera Cáceres, estudiante de Psicología, pueda aplicar los instrumentos: Un consentimiento informado, una encuesta sociodemográfica, la escala de resiliencia de Wagnild y Young y el cuestionario de calidad de vida QLS-30 a los pacientes oncológicos que asisten a su institución, los mismos que le permitirán obtener información importante para el desarrollo del proyecto de investigación **"RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE SOLCA TUNGURAHUA**, que se encuentra realizando previo a la obtención del título de Psicóloga; por lo que se adjuntan los instrumentos.

Segura estoy de contar con su valiosa ayuda, por lo que le anticipo mi agradecimiento. Con altos sentimientos de consideración y estima, me despido

Atentamente,

Dr C. Vania Hernández Junco
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

DIRECCIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Anexo: Instrumentos
c.c. archivo
dr.-

SOLCA NÚCLEO TUNGURAHUA
PRESIDENCIA

03 MAR 2023

Recibido: Hora **9:59**
Sumillado: _____

Dirección: Av. Manuelita Sáenz y Remigio Crespo
Código postal: 180207 / Teléfono: (593-3) 299 4840 Ext. 3105
Ambato - Ecuador / www.pucesa.edu.ec



JESUITAS ECUADOR